平成２４年度　高齢者・障害者・子育て世帯居住安定化推進事業（国土交通省）
サービス付き高齢者向け住宅等相談員養成研修

サービス付き高齢者向け住宅等の生活相談員マニュアル

（暫定版）

特定非営利活動法人　シーズネット
北海道高齢者向け住宅事業者連絡会

２０１３年3月

目　　次

資料編 ……… 256

第１部
生活相談員に期待される役割

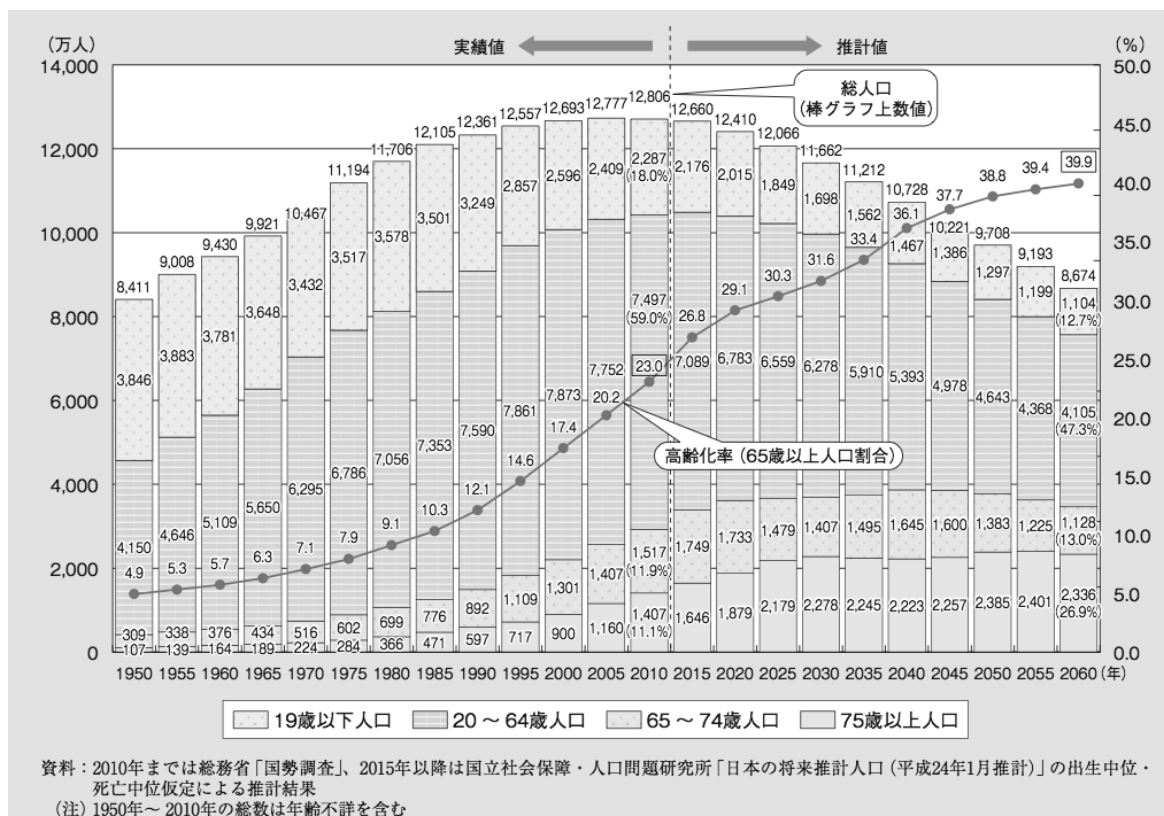
第１章　地域包括ケアとサービス付き高齢者向け住宅

Ⅰ　高齢者介護の現状と課題

１　急速に進む高齢化、増加する要介護認定者

わが国は、戦後の経済成長による国民の生活水準の飛躍的な向上や、国民皆保険に始まる医療制度の整備、医療技術の進歩、健康増進や健診制度の充実により、平均寿命が大幅に伸び、結果として世界屈指の長寿国となりました。また一方で、合計特殊出生率は低い水準を保ったままであり、今後さらに人口減少が見込まれているなかで、今後世界でも稀にみる未曾有の超高齢社会に突入していきます。

とくに、戦後ベビーブームに産まれた「団塊の世代」と呼ばれる世代が後期高齢者となる2025年には高齢者人口は約3,675万人に達すると推測され､これまでの高齢化の問題であった高齢化の速さに加え、これからは高齢化率の高さ、すなわち高齢者の多さが問題となってきます（図１)。

資料：2010年までは総務省「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
（注）1950年～2010年の総数は年齢不詳を含む

このような状況において、要介護高齢者人口は急速に増加しており、第１号被保険者(65歳以上)の要介護者等認定者数は2009年度末で469.6万人であり、2001年度末から 181.9万人増加しています。また75歳以上で要介護認定を受けた人は、75歳以上の被保険者のうち21.9%を占めています。認知症高齢者数も次第に増加し、平成25年には320万人と推計され、今後さらにその増加は速度を増すと考えられています。

２　生産年齢人口のみでは高齢者をもう支えられない

我が国の社会保障制度は、1960～1970 年台前半にかけての高度経済成長、すなわち税収や社会保険料収入が増加基調であり、人口構成を見ても社会保障制度の担い手である 20 歳以上 64 歳以下の生産年齢

人口が 65 歳以上人口の約 9 倍もいた時代に整備されたものです。その後 1990 年台初頭のバブル経済崩壊を契機に我が国の経済構造は大きく変容し、経済が伸び悩む状態が続く一方で少子高齢化が急速に進行し、2011 年には 20 歳以上 64 歳以下の生産年齢人口が 65 歳人口の約 2.5 倍まで低下しています。

その結果、社会保障給付費は 2009 年には 99 兆 8,507 億円（うち高齢者関係給付費は 68 兆 6,422 億円で社会保障給付費の 68.7%を占める）となり過去最高の水準となり、国民所得に占める割合は 1970 年度の 5.8%から 29.4%に大幅に上昇しています。また、社会保障給付費と社会保険料収入の差額は拡大傾向にあり、この差額は主に地方自治体の税負担で賄われることになりますが、これにも限界があり、社会保障制度を下支えする財源の確保が次第に困難になってきている状況です（図２）。

図２

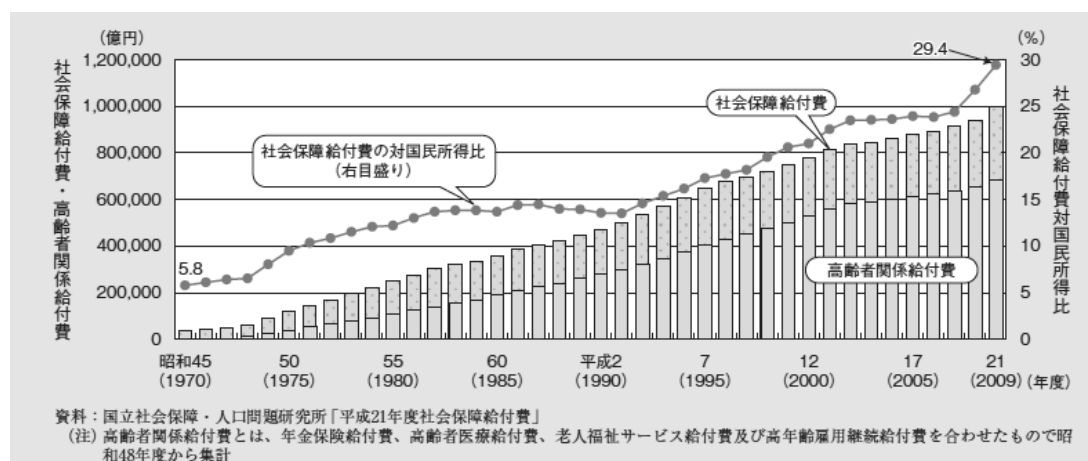
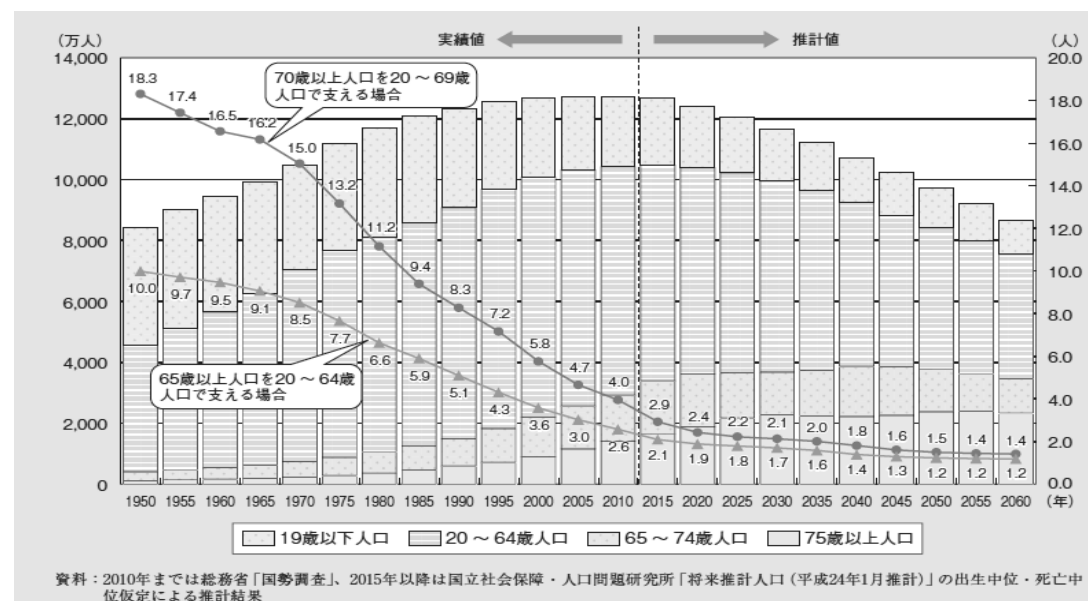
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」
（注）高齢者関係給付費とは、年金保険給付費、高齢者医療給付費、老人福祉サービス給付費及び高年齢雇用継続給付費を合わせたもので昭和48年度から集計

また人口構成的にみると、1950 年には 1 人の高齢人口（65 歳以上）に対して 10.0 人の生産年齢人口（20~64 歳人口）であったのに対して、2010 年には高齢人口 1 人に対して生産年齢人口 2.6 人に、その後高齢化率の上昇に伴い生産年齢人口の割合はさらに低下し、2060 年には 1 人の高齢人口に対して 1.2 人の生産年齢人口という比率になると推測されています。かつて「胴上げ型」であった高齢者を支える仕組みは次第に「騎馬戦型」になり、やがて近い将来は「肩車型」へ移行していき、もう生産年齢人口のみでは高齢者を支えられない社会がやってくるのです（図３）。

図３

資料：2010年までは総務省「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

これらのことから、今後は社会保障給付の規模に見合った財源を早急に確保する一方、将来の人口構成の見通し等を踏まえ、長い将来に渡り持続可能な社会保障制度を再構築することが重要な課題となっています。

３　病院や介護保険施設を頼りにできるのか

2011 年度における我が国の一般病床は 107 万床、療養病床は 23 万床といわれています。現在の医療費抑制施策において、今後これらの病床数は削減の方向に向かうことは間違いなく、社会保障国民会議における「緩やかな改革」シナリオにおいても、一般病床は 80 万床に削減することが提案されています。

老人医療無料化時代が終焉する 1980 年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていましたが､1990年代からのゴールドプランによる基盤整備や2000年からの介護保険制度導入により、特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム・介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）などニーズに応じた供給体制の整備が進み、かつての社会的入院といわれるものが減ってきていると言われています。

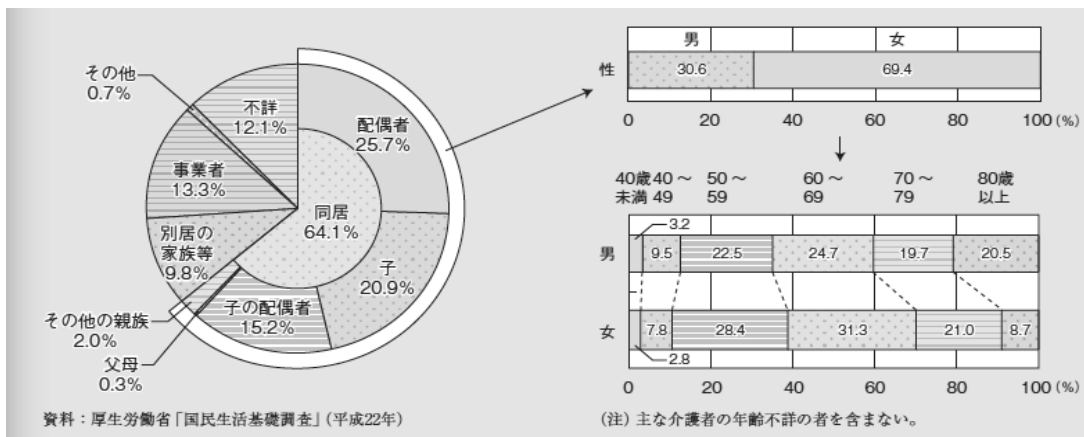
しかし、病床数の大幅な削減が高齢者の入院ニーズに対して与える影響は少なくないと考えられ、今後は医療管理下による療養を必要とする高齢者の新たな療養先の確保が必要と考えられています。

一方で、介護を要する高齢者のための受け皿である介護保険３施設（特養・老健・療養型病床群）や介護付き有料老人ホームに於ける特定施設入居者生活介護は、地方自治体が要介護高齢者数を把握したうえで計画的に整備されていますが、実際にはそれらの施設には慢性的な待機者が存在し、なかなか入居希望者の要望に応じた入居を実現することができない状況です。また、それらの施設の整備に応じて介護保険料が上がってしまうこともあり、自治体としてはニーズを理解していてもなかなか新規施設の整備に踏み切れないのが現実です。

４　在宅における高齢者介護の限界

施設中心の医療・介護から、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できることを目的として、在宅医療・介護（在宅ケア）の推進が以前から提唱されています。在宅ケアの実現には、それらを担う事業者の確保、制度上の整備、診療報酬・介護報酬上の優遇等などの環境整備も必要ですが、まず大前提として、在宅ケアを受け入れる本人・家族の強い決意と介護力の確保が必要であるのは言うまでもありません。

ところが近年、高齢者単身もしくは高齢者のみの世帯が徐々に増加しており、住まいにおける介護力の低下が懸念され始めています。一般世帯総数に占める 65 歳以上の高齢者が世帯主である世帯（高齢世帯）の割合は、2010 年の 30.8%から 2030 年には 39.0%へと上昇することが見込まれており、高齢世帯数に占める家族類型別割合の変化をみると､「単独世帯」の割合が一貫して上昇し続け､2030 年には 37.7%へと上昇することが見込まれています。また、要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、6 割以上は同居している人が主な介護者となっており、うち女性が 7 割近くであることが分かります。また、要介護者等と同居している主な介護者の年齢についてみると、男性では 64.9%、女性では 61.0%が 60 歳以上であり、また、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在していることがわかります（図４）。このように、要介護状態となり在宅ケアを希望しても、その実現はかなり困難になってきているのが現状といえます。

図４

５　高齢者に必要とされる療養場所・看取りの場所とは

厚生労働省が 2008 年に実施した「終末期医療に関する調査」において、「日常生活を送る上で介護が必要になった場合にどこで介護を受けたいか」という意識調査を実施したところ、男女とも「自宅で介護してほしい」との回答が最も多く、自宅以外では介護老人福祉施設・介護老人保健施設・民間有料老人ホームとの回答の合計が 2〜3 割と、病院などの医療機関との回答よりも多いという結果が得られました（図５）。また、最期を迎えたい場所についての意識調査については、自宅との回答が全体の半数以上あり、病院などの医療機関の 2 倍近い回答となりました（図６）。しかし一方で、自宅で最後まで療養することは困難であることも理解しており、その理由として介護をしてくれる（であろう）家族に負担を掛けてしまうことを挙げております。今後、療養場所として自宅を望まれているがそれを実現するには困難な高齢者のために、「自宅に近いかたちの住まい」の整備というものが必要になってきていることがうかがえます（図７）。

図６

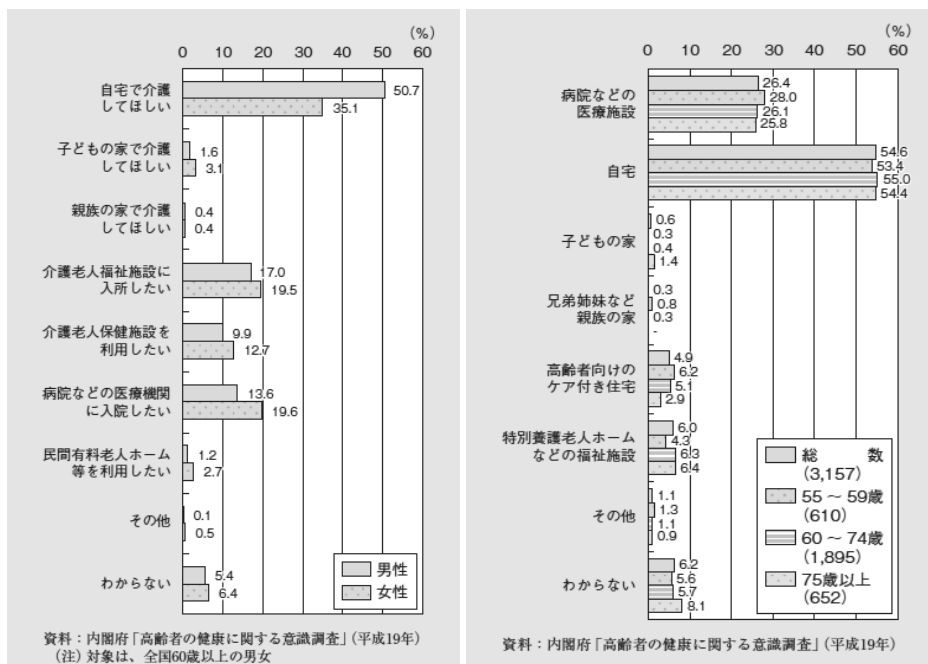
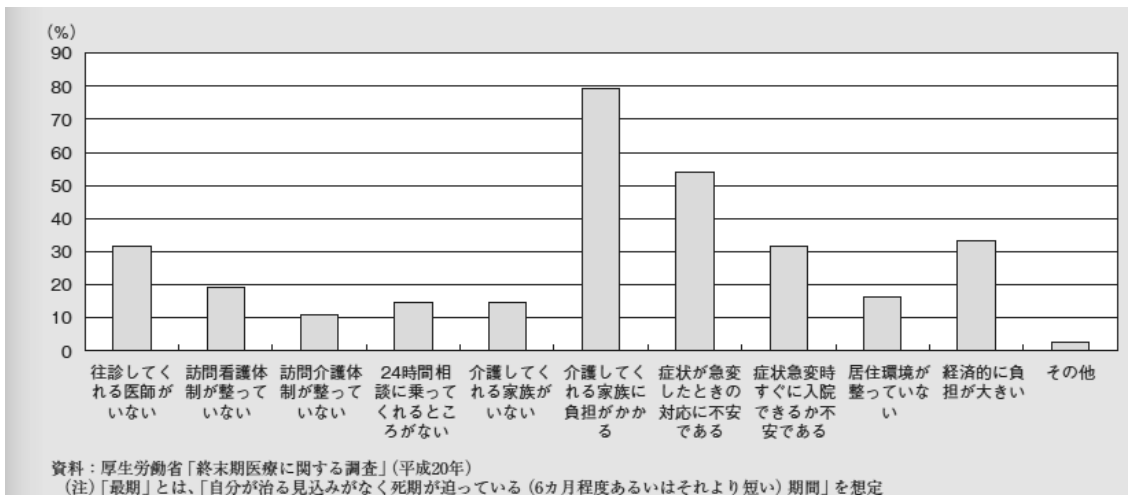



図７

６　これからのあるべき姿

以上のような社会構造の変化やニーズに応えるために、平成 22 年３月に「地域包括ケアシステム」が新たに提唱され、今後この考え方が国策に近いかたちとしてケアを必要とする高齢者を支える新しいスタイルとして推進されていくことになりました。また、この地域包括ケアシステムが「入居者のニーズと需要に応じた住まい」を基盤としていることから、高齢者の新たな住まいの形として「サービス付き高齢者住宅（以下、サ高住)」の創設を盛り込んだ「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）が 2011 年に制定されました。

Ⅱ　地域包括ケアの推進と住まい

１　地域包括ケアの導入

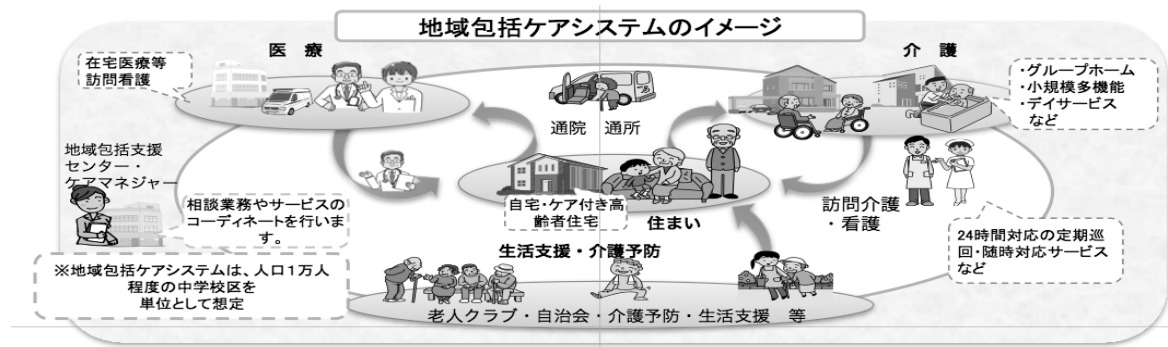
2000 年に創設された介護保険制度は改正ごとにその内容が見直しされ、今までに予防重視型システムへの転換、地域を中心とした新たなサービス体系としての地域密着型サービスの導入、地域包括支援センターの創設など、地域包括ケアの実現に向け大幅な改正が行われてきました。

地域包括ケアは、前項で述べたような社会構造の変化やニーズに応えるために、現在の介護保険制度が目指している新たな姿であるといえます。在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指し、要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスシステムの機能強化の推進が求められます。団塊の世代が 75 歳以上となり、わが国の高齢化がピークとなる 2025 年には、地域包括ケアが構築されていることが必要です。

２　地域包括ケアとは

地域包括ケアとは、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、おおむね 30 分以内（中学校区を目安）の日常生活圏域に医療・介護・予防・住まい・生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス（生活支援サービス）が切れ目な

く、有機的かつ一体的に 24 時間 365 日通じて提供される体制のことをいいます。ここでの住まいとは、従来からの介護保険施設・有料老人ホーム・グループホーム・高齢者向け住宅・自宅などのことをいいます。また多様なサービスとは、居場所の提供・権利擁護関係の支援・生活支援サービス・家事援助サービス・身体介護・ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的にかつ効率的に提供されることを想定しています。

良質なケアを提供するためには、ソフト面ではその地域にある保健・医療・介護・福祉関係者の役割分担と協働が図られ、連携してサービスを提供するだけでなく、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画することが合わせて求められます。また、ハード面では必要な施設が整備され、地域の保健・医療・介護・福祉の資源が連携・統合されて運営されていることが重要です（図８：厚生労働省資料「在宅医療・介護あんしん 2012」より抜粋)。

３　地域包括ケアの５つの視点による取り組み

地域包括ケアを実現するためには、次の５つの視点での取り組みが包括的かつ継続的に行われることが必須と考えられています。すなわち、以下の５つの視点が利用者のニーズに応じて適切に組み合わせられ、入院・退院・在宅復帰を通じて切れ目なくサービス提供がなされることが重要です。

①医療との連携強化

２４時間対応による在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

介護職員による痰の吸引などの医療行為の充実

②介護サービスの充実強化

特養などの介護拠点の緊急整備（平成２１年度補正予算：３年間で１６万人分確保）

２４時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

できる限り要介護とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り・配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスの推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と厚労省の連携）

一定の基準を満たした有料老人ホームや高専賃を、サービス付き高齢者向け住宅として高齢者住まい法に位置づけ

４　地域包括ケアにおける住まい（サービス付き高齢者向け住宅の整備）

地域包括ケアにおいて、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるには、まずどのような介護状態になっても住み続けることのできる住まいが自由に選択できなければなりません。地域包括ケアの提供体制のあり方、また地域包括ケアの５つの視点においても、「入居者のニーズと需要に応じた住まい」が整備されていること必須であることが明記されています。しかし現状では、介護保険施設・グループホーム・介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）などは地方自治体が要介護高齢者数を把握したうえで計画的に整備されているものの、高齢者向け住宅の整備は諸外国と比較してかなり遅れています（図９：厚生労働省：第 28 回社会保障審議会介護保険部会資料より）。

図９

そこで、地域包括ケアを推進するために基盤整備として、高齢者の新たな住まいの形として「サービス付き高齢者住宅（以下、サ高住）」の創設を盛り込んだ「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）が 2011 年に制定されました。サービス付き高齢者向け住宅とは、「高齢者住まい法」の改正により創設された、介護・医療と連携し高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅です。この制度は、高齢者が安心して生活できる住まいづくりを推進するために制定されました。住宅としての居室の広さや設備、バリアフリーといったハード面の条件を備えるとともに、ケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供することなどにより、高齢者が安心して暮らすことができる環境を整えます。

Ⅲ　サービス付き高齢者向け住宅に求められるもの

１　高齢者向け住宅に求められるもの

高齢者向け住宅に求められるものには、まずは高齢者が円滑に入居できるような整備が公的な支援により行われていること、また身体機能が低下しても生活が継続でき、かつ転倒などの事故を防ぐことができるようなバリアフリー化、高齢者が自立して地域の中で生活できるよう、住宅のみならず住環境を

含めた地域全体のユニバーサルデザイン化、介護を必要とする高齢者や単身の高齢者等が安心して日常生活を営むために、保健医療サービスや福祉サービスを円滑に利用できる環境の整備が必要と考えられます。

在宅で生活し続けたいという高齢者の意思を尊重しつつ、高齢者が安心して暮らし続けることができる社会を実現するためには、以上の課題に対応した住まいの整備がなされたうえで、高齢者がその心身の状況に応じて適切な住まいを選択し、必要に応じて住み替えを実現できる環境の整備が求められます。

２　サービス付き高齢者向け住宅の登場

上記のような高齢者向け住宅の整備のために、以前から「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づき、国土交通省管轄の高齢者向け住宅として「高齢者円滑住居賃貸住宅（高円賃）」「高齢者専用賃貸住宅（高専賃）」「高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）」の３つの類型が設定されていました。また一方で、厚生労働省管轄による老人福祉法における有料老人ホーム（介護付き・住宅型・健康型）の類型も存在し、高齢者向け住宅の類型・名称自体が多様かつ複雑であり、入居者が選択する際にどの住まいを選べばどのようなサービスがあり、その住まいがこれから将来に渡り自らの老後を過ごしていくことのできる住まいであるのかが不明瞭であったといえます。

そこで 2011 年の通常国会にて「高齢者の居住の安定確保に関する法律」は改正され、高円賃・高専賃・高優賃を廃止、サービス付き高齢者向け住宅に一本化し都道府県への登録制度を創設するとともに、国交省・厚労省共管の制度とし老人福祉法との調整規定、すなわちサービス付き高齢者向け住宅としての登録を受けた場合は、有料老人ホームの届出を不要とするようにしました。これにより、高齢者の住まいの類型をある程度明確にできたとともに、ハード・サービス・入居契約内容などの登録基準を義務付けたことにより、一定の水準を保った高齢者向けの住まいの整備基盤が確立しました。

３　サービス付き高齢者向け住宅の登録基準

サービス付き高齢者向け住宅の登録基準として、住宅の種別、入居者要件、設備基準（居室面積・設備・バリアフリーの基準)、サービス関連（状況把握、生活相談サービス、その他有料老人ホームの定義に相当するサービスの有無)、契約関連などがあります。届けられたこれらの登録基準内容は、国土交通省による「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」（国土交通省 HP）において開示・供覧されています。

４　サービス付き高齢者向け住宅にて提供されるサービス

サービス付き高齢者向け住宅で提供されるサービスの概念図を以下に示します。高齢者生活支援サービスのうち、安否確認・生活相談については、サービス付き高齢者向け住宅にて行う必要不可欠のサービスとなっています。これを担う人員要件としては、社会福祉法人・医療法人・指定居宅サービス事業所等の職員、医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ホームヘルパー（１級または２級）の資格を保有する者とされています（図１０）。

図１０

５　生活相談員に求められるものとは

サービス付き高齢者向け住宅において、その一部では有料老人ホームに該当するサービス（食事提供・清掃洗濯等）までを提供する場合も多いかと思います。しかし実際には、医療サービス、介護サービス、生活支援サービスを入居者の生活状態に合わせてうまくコーディネートして、高齢者の生活全般を支えるケースが多くなると考えます（この場合の生活支援サービスは、サービス付き高齢者向け住宅に併設されている場合もありますし、地域包括ケアシステムであげたように概ね３０分以内の圏域に存在する外部のサービスを利用する場合もあります)。

そのような場合、サービス付き高齢者向け住宅内の生活相談員が入居者からの相談をどのように受け止め、今どのようなサービスが求められているかを認識し、いかに内外のサービスに繋ぐことができるかが問われます。すなわち、サービス付き高齢者向け住宅におけるサービスの要は「生活相談」であり、それを担う生活相談員の質こそがサービス付き高齢者向け住宅の質になると言っても過言ではないと考えます。

生活相談を担う生活相談員には、高齢者の心身に関する知識、高齢者に多く見られる疾病に関する知識、集団生活におけるケア、医療保険・介護保険制度・社会保障制度などの知識、権利擁護への理解、適切な相談援助・集団援助・地域援助の提供、コミュニティケアの実践・技術など、幅広い知識・技術・技能が求められます。生活相談員にはこれらを十分に活用し、入居者が安心・安全で末永くサービス付き高齢者向け住宅で暮らせるような援助を行えるような立場を担う責務があります。このテキストではこれらを
研修することにより、サービス付き高齢者向け住宅での生活相談の質を少しでも高めて頂ければと考えています。

＜図の出典＞

図１：高齢化の推移と将来推計

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 5　図１−１−４−（１）

図２：社会保障給付費の推移

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 11　図１−１−１１

図３：高齢世代人口の比率

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 7　図１−１−６

図４：要介護者等からみた主な介護者の続柄

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 36　図１−２−３−１７

図５：介護を受けたい場所

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 38　図１−２−３−２１

図６：最期を迎えたい場所

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 38　図１−２−３−２２

図７：自宅で最期まで療養することが実現困難な理由（複数回答）

厚生労働省「平成 24 年度版高齢社会白書」p. 38　図１−２−３−２３

図８：地域包括ケアシステムのイメージ

厚生労働省「在宅医療・介護あんしん２０１２」p. 4

図９：各国の介護施設・高齢者住宅の状況

厚生労働省：第 28 回社会保障審議会介護保険部会資料）p. 61

図１０：サービス付き高齢者向け住宅において提供されるサービスの内容

国土交通省「高齢者住まい法の改正について」p. 9

Ⅳ　サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

１　登録基準（有料老人ホームも登録可）

（１）規模・設備等

・床面積は原則 25 ㎡以上・構造・設備が一定の基準を満たすこと

・ただし居間、食堂、台所その他の住宅部分が高齢者が共同して利用するための十分な面積を有する場合は 18 ㎡以上（※

・バリアフリー（廊下幅）、段差解消、手すり設置）

（２）サービス

・サービスを提供すること（少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供）
　サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等などの家事援助等

（３）契約内容

・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないこととしているなど、居住の安定が図られた契約であること

・敷金、家賃、サービス対価外の金銭を徴収しないこと

・前払い金に関して入居者保護が図られていること（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

２　登録事業者の義務

・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること

・登録事項の情報開示

・誤解を招くような広告の禁止

・契約に従ってサービスを提供すること

３　行政による指導監督

・報告徴収、事業所や登録住宅への立ち入り検査

・業務に関する是正指示

・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取り消し

※サービス内容は都道府県登録内容として明示し、公開されます。介護保険利用、有償サービス、一時金対応とさまざまなパターンがあります。
利用できるサービスを経営母体のサービスのみに限定する表現の登録はできません、さまざまな事業所を選ぶことができるよう明示しなければなりません。

４　登録基準の概要

入居者	（1）単身高齢者世帯 （2）高齢者+同居者（配偶者、60 歳以上の親族、要介護・要支援認定を受けている親族、特別な理由により同居させる必要があると知事が認める方） ※「高齢者」・・・60歳以上の方、または要介護・要支援認定を受けている方
規模・設備等	○各居住部分の床面積は、原則25平方メートル以上（★）。 （ただし、居間、食堂、台所その他の居住の用に供する部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合にあっては、18平方メートル以上。） ○各居住部分に、台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えたものであること。 （ただし、共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えることにより、各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は、各居住部分に台所、収納設備、浴室を備えることを要しない） 【参考】北海道の登録に係る運用の基準[PDF／120KB]（巻末資料） ○加齢対応構造等が、国土交通省令で定める基準に適合するものであること（★）。 【参考】原則：バリアフリー関係法令抜粋［PDF／240KB］ 改修：バリアフリー関係法令抜粋［PDF／118KB］
サービス	○少なくとも状況把握（安否確認）サービス及び生活相談サービスを提供 ・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員又は医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ホームヘルパー2級以上の資格を有する者が少なくとも日中（概ね9時～17時）常駐し、365日サービスを提供する（★）。 ・常駐しない時間帯は、各居住部分に設置する緊急通報装置により対応。
契約関連	○書面による契約であること。 ○居住部分が明示された契約であること。 ○権利金その他の金銭を受領しない契約であること。（敷金、家賃、高齢者生活支援サービス費及び家賃、高齢者生活支援サービス費の前払金のみ受領可） ○入居者が病院へ入院したこと又は入居者の心身の状況が変化したことを理由として、入居者の同意を得ずに居住部分の変更や契約解除を行わないこと。 ○サービス付き高齢者向け住宅の工事完了前に、敷金及び家賃等の前払金を受領しないものであること。 ○家賃等の前払金を受領する場合 ・家賃等の前払い金の算定の基礎、返済債務の金額の算定方法が明示されていること。 ・入居後3月（★）以内に、契約を解除、又は入居者が死亡したことにより契約が終了した場合、契約解除の日までの日割り家賃等（★）を除き、家賃等の前払金を返還すること。 ・返済債務を負うことになる場合に備えて、家賃等の前払金に対し、必要な保全措置が講じられていること（★）。 【参考】 サービス付き高齢者向け住宅専用ホームページ（参考にすべき入居契約書等掲載）［外部リンク］
その他	○基本方針及び高齢者安定確保計画に照らして適切なものであること。 ・高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針［PDF／214KB］ ・北海道高齢者安定確保計画［住宅課の高齢者安定確保計画のページ］

★は都道府県知事が策定する高齢者居住安定確保計画において別途基準を設けることができる。
（参照：北海道建設部建築指導課ホームページ）

【チェックポイント】

□急速な少子高齢化の状況を説明できる

□社会保障費の急激な伸びを受けて、社会保障制度の改革が迫られている状況を説明できる

□高齢者を支える新たな場所としての高齢者向け住まいの必要性を説明できる

□地域包括ケアの概念と具体的な内容を説明できる

□地域包括ケアにおける住まいの位置付けを説明できる

□サービス付き高齢者向け住宅の制度と概要を説明できる

第２章　生活相談員に期待される役割

Ⅰ　サービス付き高齢者向け住宅のサービスと生活相談員の役割

１　サービス付き高齢者住宅で提供されるサービスと対象者

　サービス付き高齢者向け住宅は、住み替えによる高齢者（特に後期高齢者）の安定した住まいとして、超高齢社会の切り札である「地域包括ケアシステム」の成否を握る大きなカギと考えられます。

　サービス付き高齢者住宅では事業者の判断により様々な方法で介護サービス・医療サービス・生活支援サービスが行われますが、生活支援サービスのうち状況把握（安否確認）と生活相談は、必須のサービスとして位置付けられています。

サービス付き高齢者向け住宅で行われるサービスの内容をイメージ図にすると図１１、図１２の様になります。

図１１　サービス付き高齢者向け住宅において提供されるサービスの内容

出典：厚生労働省　「サービス付き高齢者向け住宅について」 p20

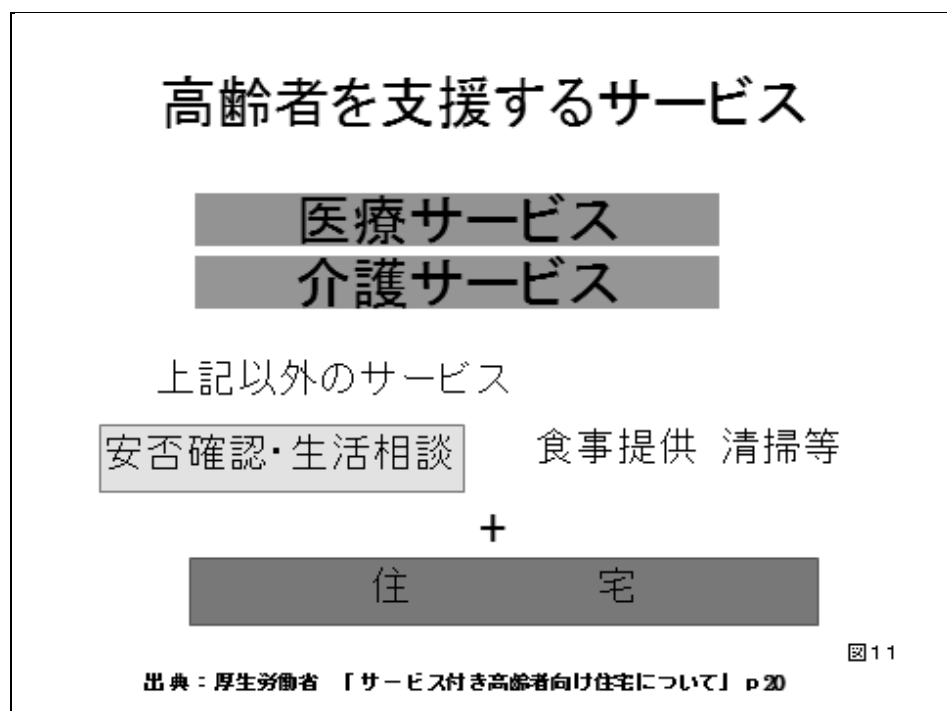
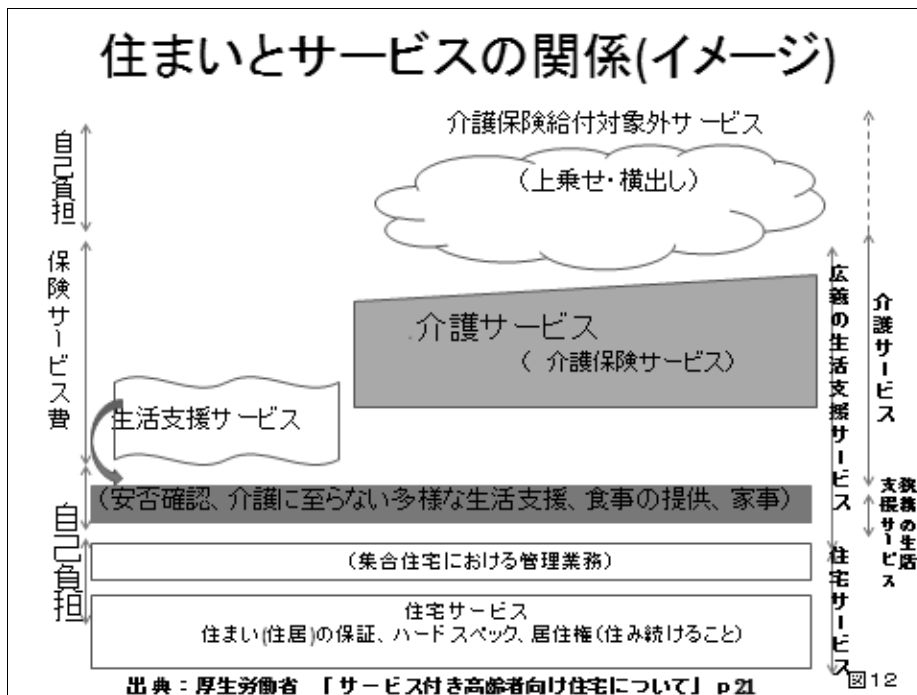
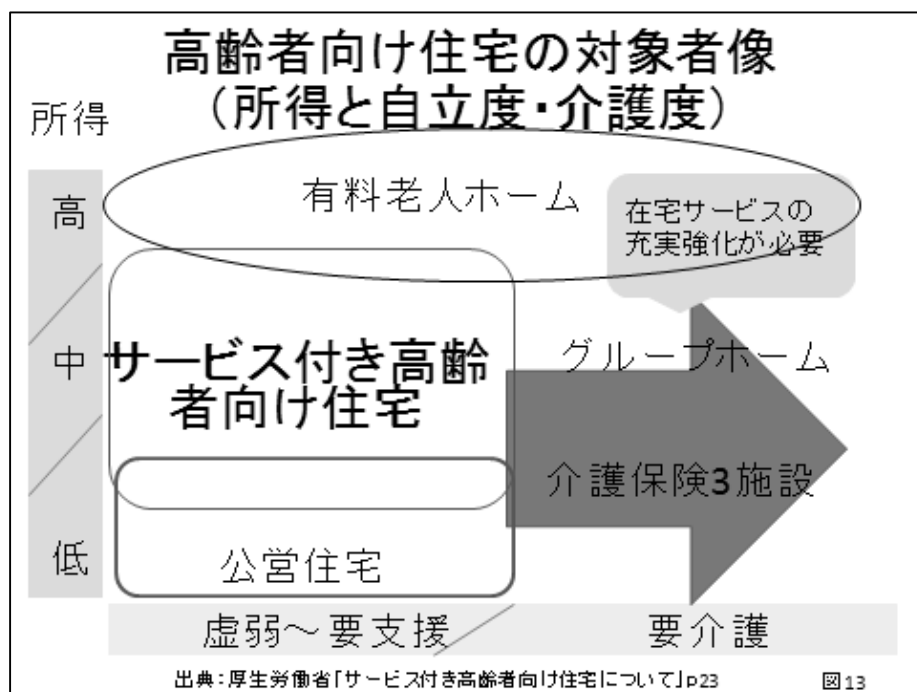



図１２　住まいとサービスの関係のイメージ

2　生活相談員が対象とする高齢者とは

サービス付き高齢者向け住宅の対象者像は、高齢単身・夫婦世帯あるいはその親族も含め、ほとんどが要介護・要支援認定を受けている方と想定されます。

図１３　所得と自立度・介護度のイメージ

このようにサービス付き高齢者向け住宅の対象者は、疾病、認知症などの心身の状態に不安や困難を生じたため、自宅から住み替えを行うことになった方々です。要介護は軽度から重度まで多岐にわたりますが、どのような方を入居対象者と考えるかは住宅の持つ介護力によります。

サービス付き高齢者向け住宅では、原則として、個室にトイレ、台所、洗面台、風呂、収納スペースを備え付けていますので、日常的には生活支援を基本にそれぞれの要介護・支援状態に応じて食事提供や介護保険サービス・自費サービスを利用しつつ生活を送ることとなります。

また同一建物内にさまざまな種類の居宅介護サービス事業所を併設する場合がほとんどであるので、そうしたことからも要支援～要介護 5 までのさまざまな状態の高齢者が入居することができると考えられます。

３　生活相談員の役割

サービス付き高齢者住宅の生活相談員の大きな役割は、住宅に入居した高齢者ができるだけ長く安心して生活ができるように見守り、高齢者自らが望む生活を実現するために支援を行う窓口となることです。

より効果的な支援を行うために以下の視点を持ち、業務に当たりましょう。

生活相談員が持つべき視点

① サービス付き高齢者向け住宅に入居したことで安心、ということではありません。住宅を含む地域での孤立を防ぎ、人間としての尊厳を保持するために社会全体で支援する必要があります。生活相談員は地域の支援体制の一員という役割を担っていることを認識してください。

② 高齢者を見守るとはどのようなことなのでしょうか。見守りはその方が普段どのような様子で暮らしているかを知らないとできないことです。そのために積極的にコミュニケーションを行ってください。

③ 高齢者の中には様々なトラブルを起こす方もいます。特に認知症や高次脳機能障害の疾病を持つ方は、状況に応じて専門的な対応が必要な場合が多く、地域の関係機関とのネットワークの構築と疾病に関する知識を持つことが求められます。

④ 心身の状況の変化を把握した場合はタイムリーに家族に伝えることが必須です。その際には、思い込みや誤解がないかを十分に考慮して伝えるようにしましょう。特に認知症の進行に関しては根拠を持って伝えるよう、記録を取ることが必要です。

⑤ サービス付き高齢者向け住宅に入居したとしてもひきこもりになる場合もあります。食事の時間になっても食堂になかなか出てこず、一人で食事をするなどは引きこもりや孤立のサインです。館内巡回時に声かけし、引きこもりを防ぐことを行いましょう。

⑥ 入居者にとって住みよい館内を作るという視点も必要です。館内や居室の冷暖房温度は高齢者にとって快適なものか、入居者がくつろぐ空間は確保されているかなどアンテナを張っていましょう。

⑦ 入居者の相談業務では、個人の人生に踏み込む場合もあります。しかし、相談員としてのかかわり以上を持つことは慎まねばなりません。

⑧ 入居者と円滑な人間関係を作ることは、信頼関係を作る第一歩です。さわやかな笑顔や、大切

にしている気持ちを接遇に表現しましょう。相談しやすい雰囲気を持つ生活相談員でいるよう努めましょう。

⑨ 相談業務は守秘義務を負います。入居者の個人情報の保護に注意し、配慮することは高齢者の尊厳の保持に通じます。

⑩ 入居者は館内でだけ生活しているわけではありません。地域の行事、高齢者の活動、などのネットワークでの役割や民生委員、町内会とのつながりを相談員が積極的に担うようにしましょう。

【チェックポイント】

□生活相談員は地域の支援体制の一員という役割を自覚している
□入居者に対し積極的にコミュニケーションを行っている
□関係機関とのネットワークの構築と疾病に関する知識の習得に努めている
□心身の状況の変化を把握した場合は、タイムリーに家族に伝える
□声かけで、引きこもりを防いでいる
□住みよい館内を作るためにアンテナを張っている
□相談員としてのかかわり以上を持つことは慎むようにしている
□相談しやすい雰囲気を持つように笑顔を絶やさないようにしている
□入居者の個人情報の保護に注意し、配慮している

参考文献

財団法人　高齢者住宅財団　生活援助員ハンドブック
財団法人高齢者住宅財団　高齢者住宅支援員テキストブック
国土交通省　サービス付き高齢者向け住宅について

第３章　高齢者の住まいの種類と住み替え相談

高齢者の住まいの概要と、入居予定者や入居者、あるいは知人等からの住み替え相談などに対応する住まいの選び方について解説します。本章は、単独で抜き出し、利用者が高齢者の住まい選びの資料として利用できるようにつくられています。

※この章は、NPO 法人シーズネットが平成 21 年度～23 年度に「札幌市安心・快適住まいるアップ事業」として委託を受けて行った市民向け調査研究事業において、シーズネット内に設置した「札幌・住まいるアップセンター」が作成した報告書を掲載しております。ですから、「利用者への解説」という形を取っております。

Ⅰ　高齢者の住まいの種類

１　「施設系」と「住居系」

およそ３０年前の１９８０年代以前には、２世帯以上の同居率が７０％を超え、高齢期の住まいは「家庭」が普通でした。つまり高齢者は、家族に面倒を見てもらうことが一般的であったわけです。身寄りが居ない方や、経済的な困窮者だけが「措置」として、「住居」と「食事」、「見守り」や「介護」などのサービスが一体で提供される「施設」に入っていました。

しかし、さまざまな社会的要因により核家族化が進行し、徐々にこの体制は壊れていきました。高齢者だけの夫婦世帯や単身世帯が増加し、その傾向は今も続いています。こういった増え続ける高齢者の世帯を「施設」だけで支えることは国の財政としても困難なことが明確となってゆきました。現在は、施設待機者が施設の収容人数と同じだけいるとも言われています。

このため、２０００年に介護保険制度が始まり、「住居」に「介護」サービスが外から届けられる形態へと、大きく流れが変わっています。そして、本制度により高齢者にはできるだけ自宅に住み続けていただくことをめざしています。

しかしながら近年、介護のみを届けるだけでは自宅での住み続けにも限界があることが露呈してきました。この流れの中で、住宅と施設の中間とも言うべき、「介護」以外のさまざまな「生活支援サービス」が付いた高齢者向け共同住宅が現れてきています。（図１参照）

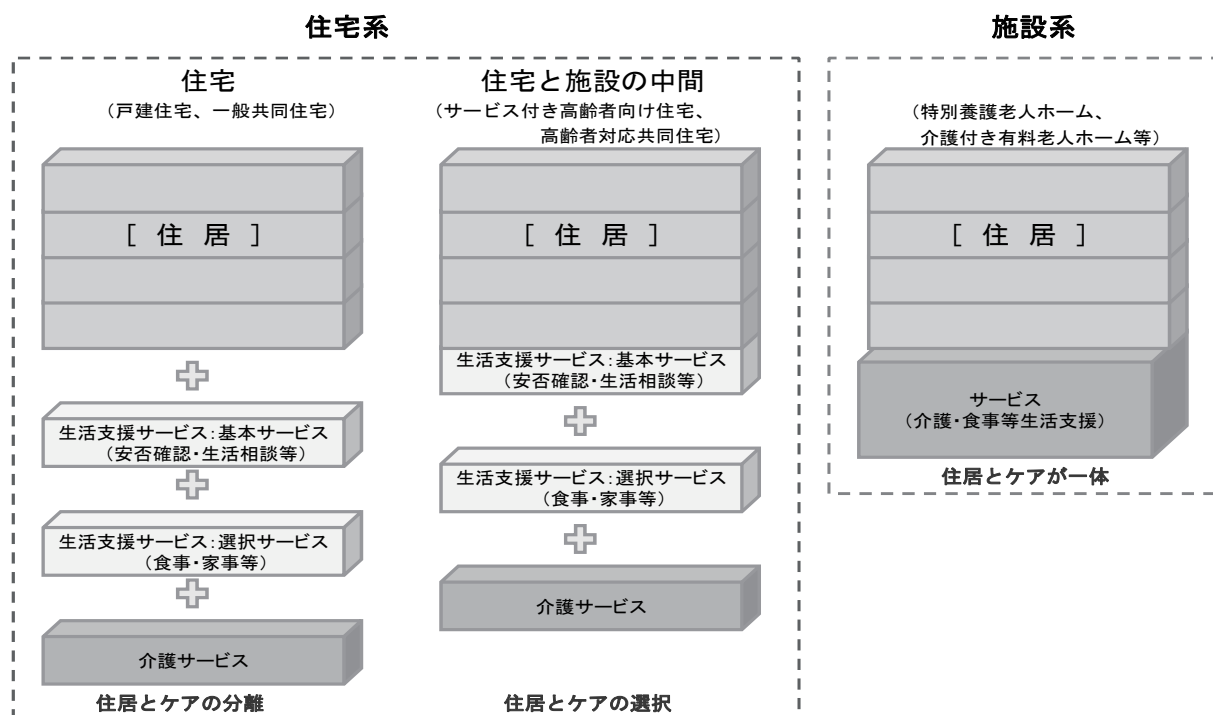



図１　高齢者の住居とサービスの提供

（出典：東京都福祉保健局「サービス付き高齢者向け住宅の選び方」２０１０より一部加筆）

ここで気をつけなければいけないのは、介護事業所が併設された高齢者向け共同住宅などは外形上、「施設」との区別がつきにくいのですが、サービスの提供の上では全く別であることです。

介護保険制度も１０年以上の歴史があるわけですが、一般の市民にとってはいまだ、理解が進んでいるとは言えない状況のようです。つまり、今もって一般の市民の方が「高齢者の住まい」と聞いて思い浮かべるイメージは圧倒的に「住居」と「介護や食事などの各種サービス」が一体提供される「施設」であり、そう思って入居したがために「思っていたのとは違っていた」と、さまざまなトラブルの一因となっているようです。

今後とも、利用者へは介護保険制度に関し周知に努めるとともに、様々な制度が入り組み、複雑、多種類になりすぎた、「高齢者の住まい」の整理が必要とされています。

２　介護レベルと経済力による高齢者の住まいの分布

図２は、介護レベルを横軸に、月額費用を縦軸にとり、各種高齢者向けの住まいが、どの範囲に分布するかを配置したものです。費用には居住費（家賃）と共益費はすべての種類に、一部には食事までを含む金額で表示しています。

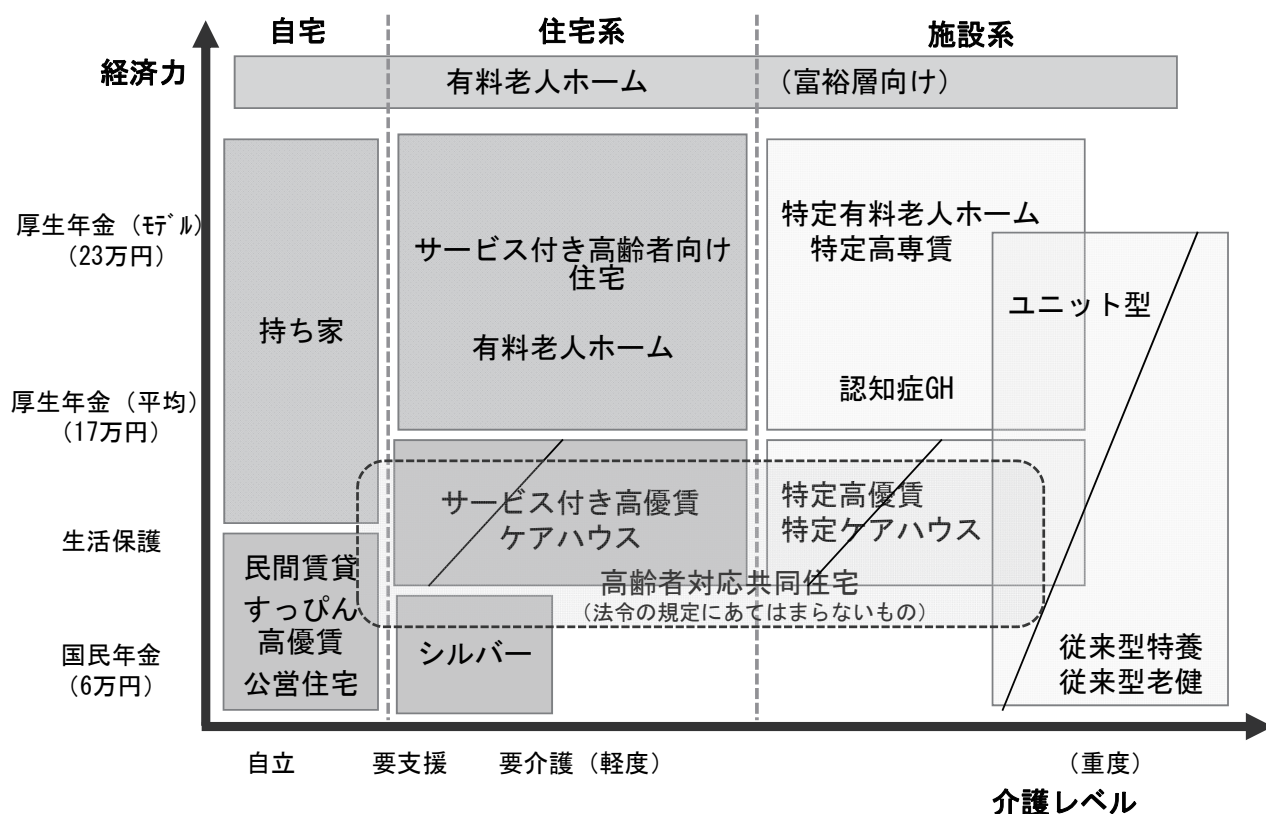



図２　高齢者の「住宅」と「施設」の分布イメージ

（出典：国立保健医療科学院　井上由起子氏　講演資料より一部加筆）

また、図は首都圏をモデルとしていますので、北海道ではこの図よりは、月額費用はかなり割安になると思われます。

この図の破線で示したのが私たち「札幌・住まいるアップセンター」が、専ら対象としている「高齢者対応共同住宅」です。金額的には一定幅のなかで、介護度に対しては幅広く対応していることが特徴としてわかります。 ただし、個々の住宅それぞれが幅広く対応しているわけではなく、全体として幅広いという意味です。

先に述べたように従来の施設には、待機者が多くなかなか入居が難しいと言われています。要介護度が３以上でなければ入所できないともいわれています。ですから、要介護度が比較的軽い方は住宅系の「有料老人ホーム」、「サービス付き高齢者向け住宅」そして「高齢者対応共同住宅」が実質的な選択の範囲になってゆくのだろうと思われます。残念ながら北海道は所得水準が低く、料金的に「高齢者対応共同住宅」のニーズが大変高いため、これほどたくさん存在し、また入居者も多い結果となっていると考えられます。

３　札幌市の「高齢者対応共同住宅」の類型試案

次に、図３は、「札幌・住まいるアップセンター」が対象としている「高齢者対応共同住宅」を図２と同じ座標軸を使って、区分し配置した類型試案です。

図３　札幌市の「高齢者対応共同住宅」の類型試案

（注：図における「すっぴん」とは、最も基本的なサービスである住むのための部屋（個室）があり、食事が提供される「住まい」を指しています。）

まず、私たちが対象としている「高齢者対応共同住宅」の定義ですが、

「概ね60歳以上の方を入居対象者とし、入居者の個室の他に食堂、団らん室、 浴室などの共用スペースがあり、さらに安否確認（必須）、生活相談サービス、食事、家事、 健康管理や介護などのサービスを状況に応じて選択可能な賃貸集合住宅」

としています。

そして、介護施設や有料老人ホームなど法的な規制を受けているもの以外を対象としています。

札幌における「高齢者対応共同住宅」の特徴としては、自立の方から要介護度が高い方まで幅広く入居が可能なことです。このため、そこで提供されているサービスの種類も多様です。そして、その月額費用は、居住費（家賃）と共益費、さらに食費を含め９万から１５万円程度までの範囲内のものがほとんどです。そして最も数が多い（ボリューム・ゾーン）のは９万～１２万円の範囲となっています。

さらに、これらを介護事業所などが併設されているかいないか、そして併設されている共同住宅はどの種類の事業所が併設されているかで、さらに五つに分けることができます。すなわち

A:下宿型
B:共同住宅型
C:介護事業所併設型
D:小規模多機能型居宅介護事業所併設型
E:医療連携型

です。各タイプの特徴は、次ページの一覧表をご覧ください。

それぞれの住宅の数としては、C の介護事業所が併設されているものがおおよそ半数、そして残りの大多数が併設なしです。D、E のタイプは今のところ少数です。図３（前頁）では、それぞれ便宜的に斜めの線で区分してみましたが、実際はこのように、きれいに分かれるわけではなく、アメーバのように入り組んでおります。あくまでもイメージとして捉えてください。 また、全体を傾けていますのは、A から D へ、徐々に料金が高くなるというイメージで、料金は個々の住宅ごとの違いが大きいのが現状です。

この介護事業者が併設されているか否かは、とても重要な指標であると考えられます。介護事業所が併設されていれば入居者側にとっても安心材料です。そして、事業所側にとってもある程度以上の要介護度の入居者が同一建物内に住み、介護サービスを提供できれば、事業としても都合が良いことになります。 ですから併設型は、介護度が比較的高い方まで対応が可能な住宅であり、介護のスタッフが揃っているわけですから介護度の比較的高い入居者を「集める・集まる」ことになります。

２０１１年１０月、「高齢者住まい法」の改正により創設された「サービス付き高齢者向け住宅」と２０１２年４月の介護保険制度改正により始まる「定期巡回・随時対応サービス」について国（国土交通省＋厚生労働省）が周知のため作成した資料では、１階に介護や医療などのサービス提供事業所があり、２階以上には高齢者向け住宅がある図が示されています。これは、まさに札幌で主流である「介護事業者併設型」そのものです。札幌での流れが制度の先を行っていたと言えるのかもしれません。

次ページでは、高齢者の住まいについて、種類別にその概要を表にまとめました。

高齢者の住まいの種類と特徴

区分	種別・名称		概要	生活支援サービス	介護サービス	契約形態	対象年齢等	入居一時金	月額費用	所管	行政担当（問合せ等）
住宅	サービス付き高齢者向け住宅 ＊概要で示す条件を満たせば任意で登録ができる。これまでの高円賃、高専賃、高優賃は廃止。有料老人ホームも条件を満たせば登録できる。		・床面積は原則25㎡以上とする。ただし十分な共用部があれば18㎡でも可。 ・各戸に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えること。ただし、台所、収納、浴室は共用可。 ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）構造であること。 ・サービスを提供すること（少なくとも安否確認・生活相談サービス）。 ・契約等に関して入居者保護が図られていること。 ・行政による監督指導（報告徴収、事務所や登録住宅への立ち入り検査など）がある。	安否確認と生活相談サービスは必須。その他サービスは任意で用意され別契約。	外部サービスによる。	賃貸契約	60歳以上の高齢者（高齢者以外の同居も可能な場合あり）。	賃貸借契約内容による（前払い家賃のほか敷金等、権利金や礼金は不可）。	賃貸借契約内容による。外部サービスは別途負担。	国土交通省 厚生労働省	札幌市　住宅課 旭川市　住宅課 函館市　住宅課 北海道　建築指導課
	高齢者向け優良賃貸住宅 （高優賃）		・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）構造であること。 ・サービスを提供すること（少なくとも安否確認・生活相談サービス）。	生活相談サービスは必須。その他サービスは任意で用意され別契約。	外部サービスによる。		60歳以上の高齢者（高齢者以外の同居も可能な場合あり）。	賃貸借契約内容による（敷金は家賃の3カ月分まで）。	賃貸借契約内容による。外部サービスは別途負担。		札幌市　住宅課 その他市町村の住宅関連課
	高齢者対応共同住宅		・法令にあてはまらないため、基準はない。まれに、常駐の管理人がいないような共同住宅もある。 ・木賃アパートから豪華な有料老人ホームと間違えそうなものまで、見守りだけから食事やホテルのようなフロント・サービスを提供するものまで、そして入居対象者も自立の方だけというところから、介護度の高い方までと、さまざまな形態の共同住宅がある。	住宅毎に任意で用意され、別契約。	外部サービスによる。		住宅による（障がい者や一般の方も入居している場合あり）。	賃貸借契約内容による。	賃貸借契約内容による。外部サービスは別途負担。	なし	法令の規定がないため行政では把握できていない 民間の相談窓口あり（「Ⅳ情報入手の方法」を参照）
		下宿型	・トイレ、洗面、浴室などが共用、プライバシーの確保はやや難しいが、それだけ家族的な雰囲気の住宅が多い。もともと学生や独身者を対象とした下宿が、対象を高齢者に替え、運営していることが多い。								
		住宅型	・一般的なマンション（トイレ、洗面、浴室などが住戸内にある）に、最低限の見守りや食事のサービスがついた形態。「自立」を対象とすることが多く、活動的なシニア向け。								
		介護事業所併設型	・共同住宅に介護事業所が併設されている形態。併設されている介護事業所が共同住宅の運営や食事のサービスを提供していることも多い。								
		小規模多機能併設型	・小規模居宅介護事業所は、平成18年から始まった「通い」、「宿泊」、「訪問」の各サービスを、限定された地域を対象に提供するもので、この小規模多機能が併設された共同住宅。「通い」があるため、日中外部から人の出入りがあり、ある種の活気や刺激がある。当初「訪問」、「通所」サービスを利用し、必要に応じて入居することが出来るのが特徴。								
		医療連携型	・病院、診療所が医療との連携を前面に掲げ、直接、あるいは間接的（関連子会社など）に運営する高齢者向け共同住宅。または、テナントとして診療所が併設された共同住宅。								
	シルバーハウジング （公営住宅）		・バリアフリー化され、緊急時対応等のサービスや生活相談員による相談サービスのついた公営住宅。収入に応じた家賃（収入に応じた家賃補助）。	なし。	外部サービスによる。		65歳以上の高齢者。	賃貸借契約内容による（敷金は家賃の2カ月分まで）。	賃貸借契約内容による。外部サービスは別途負担。	国土交通省	札幌市　なし その他市町村の住宅関連課
施設（自立型）	軽費老人ホーム		・家庭環境や住宅事情等の理由により自宅での生活が困難な高齢者等が低額な料金で入居できる施設で、食事や入浴等の日常生活上必要なサービスが提供されます。	あり。	外部サービスによる。	入所契約	原則60歳以上の高齢者。	なし。	入所契約内容による。外部サービスは別途負担。 A型：収入に応じた利用料と高熱水費等 B型：定額の利用料と高熱水費等 ケアハウス：収入に応じた利用料と高熱水費等	厚生労働省	札幌市　保健福祉課および区役所保健福祉課 その他市町村の福祉関連課
		A型	・「給食型」。食事サービス付きで、所得制限があります。負担する費用は生活費と事務費で、事務費は入居者の収入に応じて変動します。経済的に困窮している、ほぼ自立の方が入居対象となります。								
		B型	・「自炊型」。食事サービスがなく、自炊が出来る程度の健康状態の方が利用し、所得制限があります。費用は利用者の全額自己負担となります。								
		一般型 ケアハウス	・身の回りのことが出来る、ほぼ自立した方の入居が基本。所得制限はありません。					入所契約内容による（一般的に一時金あり）。			
	養護老人ホーム		・環境上の理由、および経済的な事情により自宅での生活が困難な高齢者の方が入居するホーム。ほぼ自立の方が入居対象で、費用負担は利用者および扶養義務者の収入に応じた額となります。	あり。	外部サービスによる。	入所契約（措置入所）	原則65歳以上の高齢者。	なし。	入所契約内容による。外部サービスは別途負担。		
	住宅型 有料老人ホーム		・入居時には健康な高齢者を対象とし、食事等のサービスが付いたホーム。施設自らは介護サービスを提供しません。入居後に介護が必要となった場合には、外部の訪問介護サービスを利用しながら居宅で生活を継続することができます。	あり。	外部サービスによる。	主に利用権契約	概ね60歳以上の高齢者。	入所契約内容による（一般的に一時金あり）。	入所契約内容による。外部サービスは別途負担。		
施設（介護型）	介護付（特定施設） 有料老人ホーム		・介護や食事等のサービスが付いたサービスがついたホーム。介護が必要となっても、施設自らが提供する介護サービス等を利用しながら当該施設の居室で生活を継続できます。また、介護保険によるサービスは特定施設入居者生活介護サービス（指定が必要）を提供できます。ただし、特定施設入居者生活介護が受けられるのは、介護保険の認定を受けた方に限られます。	あり。	施設スタッフより提供。		概ね60歳以上の高齢者。	入所契約内容による（一般的に一時金あり）。	入所契約内容による。 介護保険利用者負担はある。		札幌市　保健福祉課および区役所保健福祉課 その他市町村の福祉関連課
	介護型（特定施設） ケアハウス		・「特定施設入居者生活介護」の指定を受けているケアハウスで要介護認定を受けるとケアハウス事業者が提供する介護サービスを受けることができます。			入所契約	原則60歳以上の高齢者。				
	特別養護老人ホーム		・常時の介護、生活全般にわたる介護が必要で、家族などの介護を受けることが困難な要介護度1～5の認定を受けた方が入所できる施設です。緊急度の高い方が優先されます。待機者が多く、入居までに時間がかかると共に現在は要介護度3程度より重度でなければ入所が難しいと言われています。費用は介護保険の利用者負担のほか、食費や居住費の自己負担があります。さらに、ユニット型、個室などの居住スペースの違いによっても負担費用が変動します。減額制度を受けられる場合があります。				原則65歳以上の高齢者。	なし。			
	認知症グループホーム		・認知症で要支援2～要介護度5の高齢者が、食事・入浴・排せつ等の介護サービスを受けながら、ケアスタッフとともに家庭的な雰囲気の中で共同生活することで認知症の進行を遅らせることを目的とし、少人数（基本は9名単位）で1つの生活単位（ユニット）としている施設です。				原則65歳以上の高齢者。	入所契約内容による（一般的に一時金あり）。			
	介護老人保健施設		・医学的管理下で介護・リハビリ等の医療サービスと介護サービスの両方が受けられます。病院と自宅との間にあることから「通過型施設」、「中間施設」ともいわれ、居宅生活への復帰を目指す施設です。要介護度1～5の認定を受けた高齢者が入居できます。	あり。	施設スタッフより提供。		原則65歳以上の高齢者。	なし。			札幌市　保健福祉課および区役所保健福祉課 その他市町村の福祉関連課
	介護療養型医療施設		・長期の治療・療養が必要な患者が入院できる医療機関の病床で、医療と介護の両方のサービスが受けられます。要介護度1～5の認定を受けた方が入院できます。なお、急性期医療が必要となった場合には一般病棟へ移ることになります。平成23年度末での廃止の予定だったが29年度末までの延長が決定しています。								

Ⅱ　住み替えの手順

高齢期の住み替え先選びの手順について考えます。ここでは、「住み替える」ことを前提に考えますが、家族のサポートなど条件が整うのであれば、「住み続ける」ことも有力な選択肢であることは言うまでもありません。

住み替え経験者からの聞き取りからは、７５歳から８０歳になると住み替えの必要性が高まるようです。また、高齢者住宅の見学や体験入居などは、思った以上に体力も根気も必要です。ですから、その意味でも体力に自信にあるうち、少なくとも７０歳前から少しずつ早め早めの準備を進めてゆく必要があるでしょう。

1　自分の状況と住まいへの希望を整理する

「住み替える」ことを選択するのなら、自分の身体状況やどんな生活がしたいか？そして資金や家族の状態など、現在から未来予測を含めた、ご自身の条件を整理することから始めましょう。

１）自身の身体状況と見通しを考える
①現在の介護度はどの程度か
②持病の程度はどのくらいか
③買い物や食事作りなどの日常生活に支障はないか
２）同居者の動向を予測する
①配偶者がいる方は、お互いの体や心の状態の変化を考える
②生活をサポートしてくれる子供や外部支援の動向を考えておく
＊いずれも予測は難しいがいろいろなケースを事前に想定しておくのは大事です
３）住み替え後、どんな生活をしたいかイメージする
①自分のことはできるだけ自分でする
②家事から解放されたい
③仕事を続けたい
④好きな趣味活動を続けたい
⑤一人暮らしが寂しいので集まって暮らしたい
４）住み替え期はいつ来るかわからないので、早めに「住み替え」の知識を得る
①勉強会に参加する
②住宅見学会に参加する
③インターネットや書籍で調べる
④住み替えの体力のこと、自己判断ができなくなる（認知症）ときのことも考える

そして、どのような生活を望むかにより、次の資金計画も変わってきます。

２　資金計画を立てる

また、資金も重要な要因です。たくさん資金があれば選択の範囲は広くなりますが、少なければ残念ながら選択の幅は狭くなってしまいます。 現在の財産や年金支給額をもとに、平均寿命プラス１０年の長期年間収支（キャッシュフロー）表をつくれれば、必ずしもその通りにならなくともどのような部分が足りないのか、ではどう対処したら良いのかが見えてくるはずです。

１）住み替えの時期を想定する

２）老後に自分のやりたいことはどんなことか・・・趣味など

①旅行がしたい

②習い事がしたい

③趣味を楽しみたい

④学びたい

ライフプラン（自分が望む生活）をイメージする

↓

いつごろどのくらいのお金が必要か考え、知ること

３）資産の棚卸・・・・我が家の資産をすべて書き出してみる

①定期収入・・・給与、公的年金、個人年金など

②流動資産（金融）資産

・確実性資産（ローリスク・ローリターン）・・・預貯金、国債、受給予定の保険など

・利殖性資産（ハイリスク・ハイリターン）・・・株式、投資信託など

＊車や住宅のローンなど「負債」も忘れず計上

③固定資産・・・・・・土地、建物、車など

４）支出の洗い出し・・・家計簿があれば転記するだけ

①基礎生活費・・・・・食費、住居費、光熱水道費、被服費、交通費など

②予備費・・・・・・・車の買い替え、住み替えの一時金、介護費用など

③ゆとり資金・・・・・旅行費用、趣味費、子供・孫への資金援助・残したいお金

５）長期年間収支（キャッシュフロー）表を作成する

３）と４）で書き出した「収入・資産」と「支出」を一つの表にまとめる

６）長期年間収支（キャッシュフロー）表の条件を変えて検討する

①資金がマイナス（ショート）しないようになるまで条件を変えて何度も表を作る

・収入を増やす・・・働く、不動産を処分するなど

・支出を減らす・・・旅行の回数を減らす、住み替え先を変えるなどの臨時支出を見直す

長期年間収支（キャッシュフロー）表は本章の「Ⅳ　情報入手方法と相談先」に掲載の「高齢期の住み替えに関わるファイナンシャルプラン（財団法人高齢者住宅財団のホームページ内）」を利用すると、対話形式での入力で資金計画を検討することができます。また、一定の財産をお持ちの方はファイナンシャル・プランナーに相談し表を作成してもらうこともできます。

簡易的な方法としては、通常の月の支出が年金額の７～８割で納まるように考えら得れば問題はないでしょう。

３　情報を集める

第三に住まいの種類ごとの特徴や料金を知ることが必要です。本章の前節で説明したように高齢者の住まいといっても種類がたくさんありますし、その種類によって、設備の内容や提供されるサービスも違っています。料金帯も種類によって、おおよその幅の違いはあります。また、介護保険など高齢者が利用できる制度についても知っておかないとせっかく利用できるものを使わないことになります。

これらの情報収集にあたって、最初は本や雑誌、パンフレットなどの「文字情報」を調べ、講演やセミナーそして相談所での相談など、「人のお話を聞く」こと。そして次に「見学などの体験」という順序で進められるとスムーズにゆくと思います。
情報の入手方法や相談先については、本章の「Ⅳ　情報入手の方法と相談先」をご覧ください。

そして、この第一、第二、第三はどれが先かではなく、どれも重要な要件ですので、この三つを行き来しながら考えてゆくことになります。例えば、資金が十分でなければ、「住み続け」を選択しなければならなかったりもします。

４　見学（複数比較）をする

第四に資料収集によってある程度絞り込んだ住まいを見学します。複数を比較しながら見て下さい。設備や内装に目が行きがちですが、サービスの内容について、しっかり聞いてください。見学の際には次節の「Ⅲ　選定のチェックリスト」をご活用ください。御自身が最も大事と思う事項や、気がついたことをチェックリストに追加してお使いいただければ、さらに良いでしょう。

そして、職員の様子を観察して下さい。しっかり挨拶が出来ているか、てきぱき動いているかなどです。結局は人が大事です。運営者の考えも必ず職員に伝わっているはずですから職員を見れば、運営者の考えも解るはずです。そして運営の責任者にも機会を作っていただき、お話を聞いてください。きっとその人柄から、その住まいの良し悪しも判断ができるではないでしょうか。

５　体験入居をする

第五に見学でさらに絞った住宅に体験入居をしてみましょう。夜は騒音でうるさいとか、設備機器の音がするだとか、夜には職員が誰もいなくなってしまうなど、昼間の見学ではわからないことも見えてきます。そして複数回、体験することをお勧めします。

６　契約・入居をする

以上がすべて終了して契約・入居に至ります。契約書は事業者と入居者の「約束」です。契約の前に納得ができるまで説明を求めて下さい。「聞いていない、知らなかった」は契約後には通用しません。契約に関し自分だけでは自信がない場合は信頼できる家族や法律関係者などに立ち会ってもらうのも有効でしょう。その場合でも住むのはご自身ですからまかせっきりにせず、助言をもらうつもりで同行してもらいましょう。

また契約時には、本報告書の資料編、「第１章　札幌版　高齢者対応共同住宅　標準契約書」の各解説も参考としてください。

7 そして住み替えの前に

図４は、横軸が年齢、縦軸は自身が所有する物の量を示します。そしてグラフの線は、その年齢で所有する物の量のイメージを表します。 人は生まれた時は裸で着るものありませんが、成長するにつれて、さらに、結婚や子供の誕生など年齢を重ねるほどに「物」が増えてゆくものです。やがて子供が独立し、夫婦だけ、または一人の生活になるわけですが、一般的にはそのような生活になってもこのグラフの実線のように、それまでの所有物の量は変わらないことが多かったと思います。しかしながら今後は、自身の同居の家族数の減少に合わせて、物を整理しながら徐々に簡素化してゆく必要があるでしょう。

なぜかと申しますと、こういった高齢者向けの住まいに住み替える際には、それまでの住まいから狭くなることがほとんどです。したがって、まだ元気なうちに少しずつ物を整理し、 シンプルな生活に慣れておくことが必要です。そのような直接的な理由だけでなく、現役世代も含め、次々物を買い込む「大量生産・大量消費」の生活を改めてゆくことが必要と考えます。

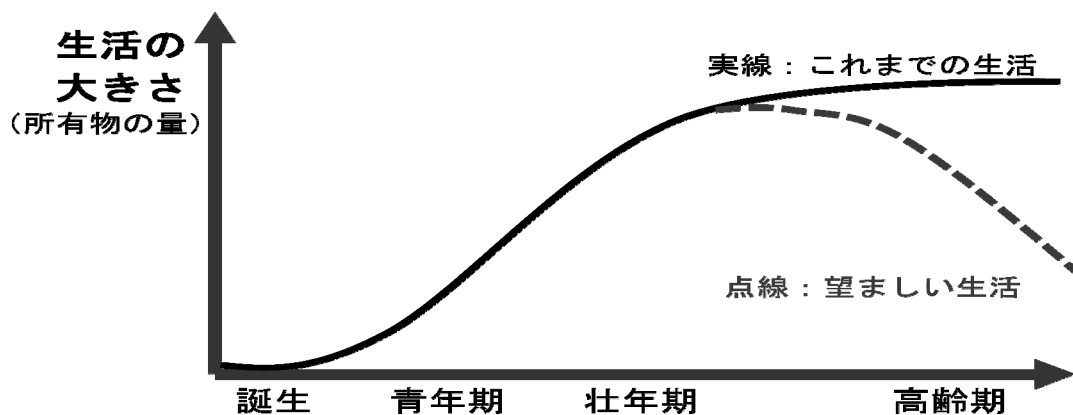



図４　年齢と所有物の量のイメージ

第二に自分の思いを家族や身近な人に伝えておくことも大事です。これをしておかないと、悪気がなくとも本人以外の家族の考えで 物事が決められてしまいます。またガンなど死に至る病気になった時の対処などもあらかじめ伝えておく必要もあります。

また、財産のことも何かに書き残すなど、生前に自分の思いをはっきりさせておかなければ、あとに残された家族がもめることになります。

第三には、ご近所に親しい友達をつくる、また近隣の活動、町内会などに積極的に参加することで、孤立化しないことが大事です。 特に近くに家族がいない方が最近は多いですから、そんな方こそ、周辺に相談や頼みごとが出来る方をつくるのは大切だと考えています。最近はなかなか人に「助けて」と言えない風潮ですが、ぜひ、それが 言える友達を１人、２人お持ちになってください。

特に男性は仕事を離れると孤立化しがちです。現役時代から仕事以外のつながりや新しい場に自分を置くことに、積極的になることが大事です。

市民の皆様が高齢者住宅を選ぶ際のポイントを大きく１０項目に分け、さらに各項目を細分化し、見学時の視点や質問の内容を解りやすく容易に確認しやすいようにチェック形式としました。

◆ 住宅選びの 10 のチェックポイント

【１】設置場所　　地域事情は大切です

□ 家族や友達との距離感は大丈夫ですか？

□ 電車・バス停・地下鉄・ＪＲなどまでは、身体機能が低下しても歩ける距離ですか？

□ 買い物・金融機関・通院への不便はありませんか？

【２】健康状態と入居条件　　施設の代替えか目的を明確に

□ 住まいは「自立」が前提か、「要介護認定」を受けている事が前提か、確認しましょう。

□ 保証（身元・連帯）、火災（賠償）保険加入の有無を確認しましょう。

【３】入居金ほか費用の仕組み　　費用の項目とサービスの確認

□ 一時金（協力金・保証金・敷金など）の返却の有無、返却方法の確認しましょう。

□ 月の費用（家賃・共益費・管理費）の種類と内容は納得しましたか。

□ 冬期間（共用部分）の費用は設定されていますか？

□ 各自の部屋の費用は（電気・ガス・水道）はどうなっていますか？

【４】部間の取りと環境　　自分の部屋の広さは

□ 所持品を持ち込んでも、必要な広さは確保できますか？

□ 室内の向き日当たりをチェックしましょう。

【５】部屋の設備　　欲しい設備を確認

□ トイレ・洗面所・収納・キッチン・暖房などをチェックしましょう。

□ 自室に浴室はありますか？　共用の浴室は（回数・料金・時間を確認）

《10 のチェックポイント》

【6】食事の選択　　毎日の重要なことです、しっかり確認

- □ 食事の提供は１日２食（朝・夕）？　３食？　自炊はできますか？
- □ 日祝日、正月、お盆などの休みは？
  病気になった場合はどの範囲まで可能？
- □ 食事を取らなかった場合の扱いは？　（入院、旅行、外食など）確認を。
- □ 食事の設定は１食単位？　月単位ですか？

【7】病気や体調不良時の対応　　体調急変時の対応を確認

- □ ２４時間スタッフが常駐していますか？
- □ 緊急通報システムはついてますか？　連絡先はどこになっていますか？
- □ 介護保険外のサービス提供はありますか？（買い物同行・通院の送迎など）

【8】 終の住まいとの関係　　どこまで住めるか具体的に確認

- □ 『要介護度』はどこまで住み続けられるか、確認しましたか？
- □ もしも認知症になった場合の対応を確認しましたか？
- □ 最期の看取りまでしてもらえるか、確認しましたか？

【9】入居者同士のコミュニケーションと地域の結びつき

- □ 町内会に加入をしていますか？　地域の人との交流はありますか？
- □ 入居者同士の交流、季節ごとの行事やイベントが設定されていますか？

【10】経営者と運営母体　　時間をかけて確認

- □ 経営理念、住まいへの思い、考え方などはしっかりしていますか？
- □ 経営者（管理者）と面談する機会はありますか？
- □ スタッフの対応は良かったですか？

※ チェックリストの効果について

当センターで実施した見学会では、参加者の皆様に、実際にチェックリストを配布し活用方法の説明を受けていただいた後に見学を開始していただきました。結果、漠然と住宅を見るのではなく、そこでの自身の生活を具体的にイメージをする事ができ、また、質疑でもパンフレットだけでは見過ごしてしまうような細部にわたる質問も多数聞かれておりました。

このチェックリストは高齢者住宅を選ぶ際の市民の「気づき」や「納得」の基本材料となるものと考えられます。

Ⅳ　情報入手方法と相談先

高齢者向けの住まいについて、札幌在住の方を念頭に私達が調査等の対象としてきた「高齢者対応共同住宅」以外にも幅広く情報の入手先や、相談の受付先について、リストを作成しました。

併せて、介護保険関連についてもリストに載せていますので、ご自身の「知りたいこと」によって、使い分けてください。

札幌市　高齢者の住まいに関する資料・情報の入手先　１／２

入手したい情報	入手先	内容
希望する地域にどんな「サービス付き高齢者向け住宅」があるか調べたい	○サービス付き高齢者向け住宅情報システム URL http://www.satsuki-jutaku.jp/search/index.php	登録された「サービス付き高齢者向け住宅」を地域ごとに調べ、個々の住宅の「設備情報」や「費用・サービス等」についても調べられます。
「サービス付き高齢者向け住宅」について知りたい	○一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会 〒103-0001 東京都中央区小伝馬町１３－１４ 共同ビル　６階 電話：03-5645-3573　ファクス：03-5645-3585 受付時間：土日祝を除く　09:00～18:00 URL　http://kosenchin.jp/	「サービス付き高齢者向け住宅」を運営する事業者の団体で。事業者側から「サービス付き高齢者向け住宅」関連の情報発信を行っています。
札幌市内の「高齢者向け優良賃貸住宅」を調べたい	○札幌市都市局市街地整備部住宅課 電話：011-211-2807 URL http://www.city.sapporo.jp/toshi/jutaku/01osumai/korei/korei.html	収入に応じた家賃補助制度のある札幌市内の「高齢者向け優良賃貸住宅」の一覧を見ることができます。
「高齢者対応共同住宅」について知りたい	○北海道高齢向け住宅事業者連絡会 電話：011-707-4343　ファクス：011-717-6002 受付時間：土日祝を除く　09:00～17:00 URL　http://www.koujuren.com/	２０１２年　４月から発足した高齢者向け住宅事業者・運営者を中心とする団体。
自分の希望する地域にどんな「有料老人ホーム」があるか調べたい	○札幌市保健福祉局保健福祉部高齢福祉課 電話：011-211-2976 URL http://www.city.sapporo.jp/koreifukushi/shisetsu/shisetsu3.html	札幌市内の「有料老人ホーム」のリストをダウンロードできます。
	○社団法人全国有料老人ホーム協会 〒103-0001 東京都中央区小伝馬町１３－１４ 共同ビル　６階 電話：011-211-2976 URL　http://www.yurokyo.or.jp/	全国の「有料老人ホーム」の所在、サービス、費用等の概要を調べることができます。また「有料老人ホーム」に関する様々な知識を得ることができます。
	○独立行政法人福祉医療機構　WAM-NET URL　http://www.wam.go.jp/	全国の「有料老人ホーム」のほか、「軽費老人ホーム」、「養護老人ホーム」の所在を調べることができます。

札幌市　高齢者の住まいに関する資料・情報の入手先　２／２

入手したい情報	入手先	内容
札幌市内の介護保険サービス提供事業者について調べたい	○北海道介護サービス情報公表センター 社会福祉法人　北海道社会福祉協議会　福祉事業部　福祉サービス情報課 〒060-0002 札幌市中央区北２条西７丁目１番地 電話：011-218-7516（公表センター直通） ファクス： 011-271-1977 URL　http://www.kaigojoho-hokkaido.jp/index.html	北海道内の介護サービス事業者・施設がサービスの内容及び運営状況に関する情報を公表しています。
札幌市内を含む道内の福祉サービス（提供事業者）について、客観的な評価について調べたい	○北海道福祉サービス第三者表会事業推進機構 社団法人　北海道社会福祉士会　事務局 〒001-0010 札幌市北区北１０条西４丁目１番地　ＳＣビル２階 電話：011-717-6886　　ファクス： 011-717-6887 URL　http://www.hokkaido-csw.org/dai3sya-hyoka/	北海道内の福祉サービス事業者・施設のサービスの質や利用者の満足度について第三者の評価期間による評価結果を確認できます。ただし、この評価を受けるのは任意のため、評価を受けている施設数は、多くはありません。
高齢者やその家族が介護保険の利用方法等について調べたい	○札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課 電話：011-211-2547　　ファクス： 011-218-5117 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k140riyo.html	介護保険利用手続きや介護サービスの種類などをしらべることができます。
高齢期の住み替えに関わる資金計画について調べたい	○高齢期の住み替えに関わるファイナンシャルプラン （財団法人高齢者住宅財団のホームページ内） URL http://www.koujuuzai.or.jp/financialplan/q00.html	住み替え資金のシュミレーションをすることができます。 対話形式で条件を入力してゆきます。色々と条件を変えてチェックすることが出来ます。 「ライフプラン」、「キャッシュ・フロー表」などのキー・ワードで検索すると同様なサイトがあります。

札幌市　高齢者の住まいに関する相談先　　　　　　　　　　　　　　　１／２

こんなことを相談したい	相談先	内容
札幌市内の「高齢者対応共同住宅」や「有料老人ホーム」への住み替えの相談をしたい	○高齢者住まい相談・情報センター「あんしん住まいサッポロ」（ＮＰＯ法人シーズネットが運営） 〒006-0001 札幌市中央区北１条西２丁目９ オーク札幌ビル　１階 電話：011-210-6224　　ファクス：011-210-7722 受付時間：月～金　10:00～16:00	高齢者の住み替えに関する相談を、無料で受けています。また、シニア向け住まい情報誌も発行、販売しています。
高齢者やその家族が介護保険の利用方法等について相談したい	○札幌市内の地域包括支援センター 札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課のＨＰで市内の地域包括センターの一覧表を見ることが出来ます。 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k170houkatuyobou.html	介護保険認定に関することのほかさまざまな相談を受けています。
高齢者住宅や有料老人ホーム等に入居後の契約トラブルに関する相談をしたい	○札幌市消費者センター 札幌市市民まちづくり局市民生活部 〒060-0808 札幌市北区北８条西３丁目 札幌エルプラザ　２階 電話：011-728-2111　ファクス：011-728-2112 受付時間：月～金　09:00～16:30 URL　http://www.shohi.sl-plaza.jp/	高齢者向けの住宅を含め様々な契約や商品に関する相談を受けています。
高齢者に関連する法律相談をしたい	○高齢者・障害者支援センター「ほっと」 （札幌弁護士会法律相談センター本部 ） 電話：011-242-4166(専用ダイヤル) 受付時間：月～金　09:00～12:00, 13:00～16:00	遺言・相続、任意後見、介護福祉支援などの法律相談ができる。事前に電話予約が必要。 来館相談で４０分５０００円。 出張相談で６０分１５０００円。
法律のことで解らないことがある、または契約トラブルに関した相談をしたい	○法テラス札幌（日本司法支援センター） 〒060-0061 札幌市中央区南１条西１１丁目１ コンチネンタルビル　８階 電話：050-3383-5555 受付時間：月～金　09:00～16:00 URL　http://www.houterasu.or.jp/sapporo/	電話により事前予約が必要で３０分程度の相談を無料で受けられます。相談時間が限られているため、事前に内容がよくわかる各種資料の準備が必要です。
介護サービスに関する苦情の相談をしたい	○札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課 電話：011-211-2547　　　ファクス：　011-218-5117 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k140riyo.html	札幌市内における介護保険に関するトラブルはまず、市の介護保険課に相談してください。
	○北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護・障害者支援課　企画・苦情係 〒060-0062 札幌市中央区南２条西１４丁目 国保会館　６階 電話：011-231-5171（介護サービス苦情相談専用） 受付時間：月～金　10:00～16:00 URL　http://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/01insurant/kaigo.html	市町村にまたがる案件や市町村で取り扱いが困難な案件の相談処理をおこないます。

札幌市　高齢者の住まいに関する相談先　２／２

こんなことを相談したい	相談先	内容
認知症や寝たきりになった時に判断のサポートしてくれる体制について相談したい	○札幌市内の地域包括支援センター 札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課のＨＰで市内の地域包括センターの一覧表を見ることが出来ます。 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k170houkatuyobou.html	
	○社団法人成年後見センター・リーガルサポート札幌支部 〒060-0042 札幌市中央区大通西 13 丁目 4 番地中菱ビル 6 階札幌司法書士会館 電話：011-280-7077 電話相談受付時間：月～金　12:00～15:00 面談相談受付時間（要予約）： 毎月第２火曜　13:00～15:00 URL　http://www.legal-support.or.jp/support/	司法書士会が運営する相談センター。
	○社団法人　北海道社会福祉士会 権利擁護センター「ぱあとなあ北海道」 〒001-0010 札幌市北区北１０条西４丁目１番地　ＳＣビル２階 電話：011-717-6886　　ファクス：011-717-6887 受付時間：月～金　09:30～16:30 URL　http://www.hokkaido-csw.org/contents/partner/index.html	社会福祉士会が運営する相談センター。
現在の住まいのリフォームについて相談したい	○ＮＰＯ法人　さっぽろ住まいのプラットフォーム 〒006-0001 札幌市中央区北１条西２丁目９ オーク札幌ビル　１階 電話：011-222-9800 受付時間：月・水・金　13:00～16:00 URL　http://www.sapporo-sumai.or.jp/	札幌市との連携のもとに行われている無料の相談事業。あらかじめ、電話による予約により４５分程度の相談を受けられる。相談員が現地で相談を受けることも可能。

【チェックポイント】

□高齢者の住まいには、「施設系」と「住宅系」の二つがあることを説明できる

□「サービス付き高齢者向け住宅」以外の高齢者の住まいの種類と概要を説明できる

□住み替えを検討する高齢者が大事と考える条件を理解し、自己の住宅の顧客満足度を上げる視点として利用できる

□高齢者と高齢者の住まいに関する専門情報の入手先について知識を持ち、活用できる

第２部
生活相談員に求められる基礎知識

第１章　　高齢者のからだ（健康管理・疾病予防・リハビリ）

第２章　　高齢者のこころ

第３章　　認知症

第４章　　家族の理解と支援

第５章　　集団生活におけるケア

第６章　　介護保険・医療保険の活用

第７章　　その他の社会保障制度・社会保障の活用

第８章　　入居者の権利擁護

第１章　高齢者のからだ（健康管理・疾病予防・リハビリ）

Ｉ高齢者に多い疾病

１　老化について

まず、老化についてです。人は生まれてから成長、発達、成熟を経て最終的には死を迎えます。これは、すべての人に共通のプロセスですが、そのスピードに個人差があることは誰もが知るところです。

一般的にいう「老化」とは、からだの成熟が終了した後におこる生理機能の衰退を意味し、外界からの様々なストレスに対する適応能力の低下として認識されます。

時の流れるスピードはすべての人に同じであり、同じ日に生まれた人は同じスピードで加齢し、常に暦年齢は同じです。しかし、成長のスピードに個人差があるように老化のスピードにも個人差があり、また組織や細胞の種類によってもそのスピードは違います。

さらに、老化のスピードは生活環境によって変わります。なぜなら、生きることは環境への適応をベースに成立っているからです。

老化は誰にでもおとずれる生命現象の一部であり、私たちは老化から逃れることはできません。しかし、老化のスピードは環境要因により大きく影響を受けることから自分の生活習慣などを見直すことは老化予防の第一歩となると思われます。

老化には病的老化と正常な老化があります。

（１）病的老化とその予防

身体は各臓器が調和して一体として働いて初めて正常に生きることができます。どの臓器が機能低下、障害を起こしても、全身の老化を早めます。高血圧、糖尿病などいわゆる成人病は高齢者に多い疾患で、その原因として素質と言われる遺伝的な面もありますが、生活様式による面が多いため、生活習慣病（生活不活発病）とも言われています。放置すると症状が進み、正常の活動の範囲も制約され、また、精神的にも影響を受けます。これらの病気は早期発見、早期治療が原則で、適切な治療により健康を回復することができます。

（２）正常老化を遅らせること

正常に生活しているときは、身体のことは全く無意識に日々を過ごします。しかし、臓器の老化が年をとるにつれ潜在的に進むのは不可抗力です。百歳老人などでは各臓器の老化が調和しており、年相応の生活に障害になることは少ないと思われます。この調和がどこかで崩れると、これが引き金になって個体の老化が早まり、生活も不自由となり、病気がちの老後生活になります。

２　老年症候群

老年症候群とは、青壮年者には見られませんが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことをいいます。多くの病因が影響しあって高齢者という一個人に病的症状などが現れます。(図を参照)。

認知症、譫妄、うつ、脱水、発熱、低体温、むくみ、頭痛、意識障害、呼吸困難、寝たきり、生活不活発病（廃用症候群に付随する失禁、褥瘡、誤嚥（ごえん)、便秘、転倒骨折、腰背痛などです。

さまざまな原因のうえ、高齢者の生活歴、精神機能、社会における環境に影響されるので、臓器ではなく、人間として、高齢者の全体像を評価することが重要です。この意味からも、総合機能評価をすることが高齢者医療には求められています。また、早期発見をするために、高齢者に多い疾病を学ぶことは大切です。

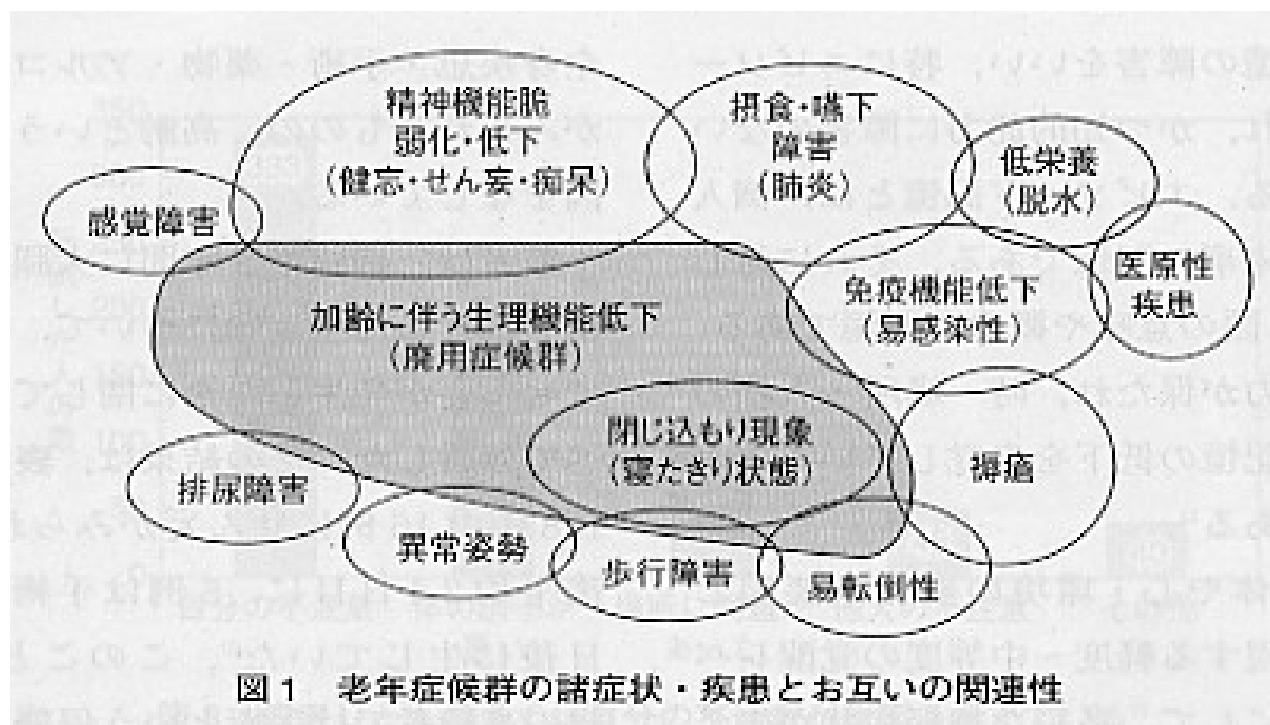



図１　老年症候群の諸症状・疾患とお互いの関連性

林　泰史

日医雑誌　第127巻,第11号,2002/6/1

若い世代では、その病気特有の症状が局所症状として現れるのが多いのに比べ、高齢者ではむしろ全身の反応（元気がなくなるなど）として現れ、局所症状を訴えなかったり典型的な症状を欠く事が多いです。また、いくつもの慢性疾患に罹っているために、その症状と新たに発生した急性疾患の症状との区別がつきにくいのも特徴のひとつです。このため、早期発見が困難となる例も多く、気づかないうちに重篤化することがあります。

３　高齢者の病気（三原則）

健康的な生活習慣を身につけることがまず第一に大切ですが、なんといっても最大の敵は病気です。高齢者の病気には、３つの大きな特徴があります。

（１）多臓器障害

高齢者の病気では、どこか１つの臓器や器官だけが悪いということは、むしろまれです。心臓病が主であっても、高血圧、気管支炎、糖尿病、膀胱炎（ぼうこうえん）などいくつもの病名がつくのが通例です。このことは非常に大事なことで、このために、いったんこじらせると次々と余病を併発して大事を招く結果となるのです。

（２）非定型的症状

高齢者の症状は、「家庭医学書」に載っているようなものがいつもあらわれるとは限りません。肺炎の症状が、どうも最近挙動がおかしい、徘徊（はいかい）するなどの性格行動変化であったりすることがけっこう多いのです。このように、典型的でない症状の場合、それが特に精神神経症状となってあらわれることが多いのも特徴です。また、たとえ症状があっても、自ら訴えなかったり、訴えられないこともしばしばです。ちょうど赤ちゃんのようすが変だ、なにか病気が隠されているのではないだろうかと疑うように、高齢者にもきめのこまかい注意と配慮が必要です。

（３）薬の副作用

高齢者に投薬される薬剤の種類や量は、多くなりがちです。1 つの薬剤が他の薬剤に影響を与えるということをいつも念頭に置かなければなりません。一方で、自分から薬を医者に要求することが多いのも事実です。薬のために自分は健康だと考えがちです。しかし、はたしてほんとうにそれほど多種類の薬が必要なのでしょうか。なにか元気がない、食欲がない、いつもベッドから離れないといった高齢者に、薬の種類を減らしたとたんに改善したという経験を、多くの医者が少なからずもっています。

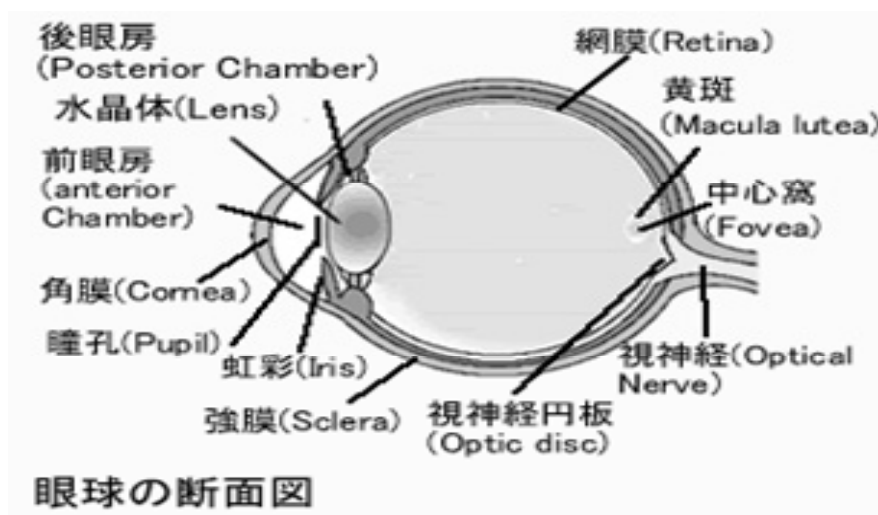
高齢者は薬に対する依存感が強く、処方指示にきちんと従う傾向があります。しかし、同時に薬の飲みまちがい、のみ忘れも非常に多く、およそ半数の高齢者が処方どおりに服用していないというデータもあります。自分自身で薬がちゃんと服用できるのか、チェックの必要があります。

薬剤の効果は、吸収、分布、代謝、排泄（はいせつ）などの因子によって左右されます。高齢者の場合、特に問題となるのは、体内水分量の減少、血清アルブミンの低下、および腎機能の低下です。これらは、薬物の濃度を高める作用を有し、低栄養状態のやせた小柄な高齢者には、特に注意が必要です。高齢者では初回投与量を少なく、増量は徐々にというのが原則です。

検査所見上あるいは症状のうえで副作用が出現していないか、たえず監視する姿勢も必要です。薬剤の相互作用の結果、思わぬ副作用が出現しうるのです。

４　老化に伴う正常変化とそれに伴う疾患（視覚障害・聴力障害・誤嚥性肺炎）

（１）高齢者の視覚障害の現れ方

眼球の断面図

高齢者の視機能を損なう眼疾患には、老人性白内障、緑内障（急性・慢性）、加齢性黄斑症、糖尿病性網膜症をはじめとして様々なものがあります。

健康な高齢者では、視機能の低下を自覚でき、訴えることができますが、介護を要するような場合には時としてこれらが不可能で、周囲の人が何らかの変化から察知しなければいけません。

視機能の低下を示す状態としては、明らかに見えていないとわかる場合と、行動や態度などの変化として現れる場合があります。

（例）

【日常生活の変化】	【予想される理由の例】
好きなテレビを見なくなった	見えなくてつまらない
お茶を茶碗の外に注ぐようになった	片目の視力低下で遠近感が不良となった
おかずをお箸でうまくつかめなくなった	片目の視力低下で遠近感が不良となった
食欲がなくなった	お茶碗の白いご飯が美味しそうに見えない

その他、元気がない、出歩かないなどの消極的態度も時に視機能低下に関連していることがあります。

ほかに、よく目をこすったり、瞬きをしているなども、見えなくなったときに現れるしぐさです。眼科医の受診を勧めましょう。

白内障や慢性の経過をとる緑内障は視機能の低下もゆっくりで、自覚も少なく周囲でも分かりにくいことがあります。一方、急性の緑内障や加齢性の黄斑症などは急に視力が低下するものの、片目が良く見えていれば見逃され、両眼性になった時点ではじめてわかる場合があります。急性の緑内障では、頭痛、吐き気、嘔吐などを伴い、内科的疾患と誤られやすいこともあ

ります。多科を受診の際に日常生活の上記例を医師に伝えることも必要です。

【疾患についての豆知識】　※参天製薬ホームページより引用

白内障

目はよくカメラにたとえられます。カメラのレンズにあたるのが水晶体で、この部分が濁る病気が白内障です。白内障は加齢とともに増える病気で、他に外傷、糖尿、アトピー性皮膚炎なども白内障の原因になります。「ものが見えにくい」「目がかすむ」「まぶしく感じる」「二重三重に見える」「めがねが合わなくなった」などの症状を、訴える方が多いようです。

治療は点眼薬で進行を遅らせますが、濁った水晶体を透明にすることはできないので、症状が進んで、日常生活に不自由を感じる様であれば手術になります。

白内障の手術は、主に濁った水晶体を超音波で砕いてとりだし、眼内レンズを入れるという方法で行われています。白内障の症状を感じた場合は受診して、生活に合わせた治療方法、手術のタイミングなどを、かかりつけの眼科医にご相談ください。

緑内障

緑内障は何らかの原因により、視神経が障害され視野が狭くなる病気です。40 歳以上の日本人の約 20 人に 1 人は緑内障であると言われています。多くの場合、穏やかに進行し、普段は両目で補いあって物を見ているため､かなり進行してから異常に気付くことも少なくありません。一度障害された視神経は残念ながら元にもどらないため、できるだけ早期に発見し、治療を開始することが大切です。緑内障の治療は、種類と程度によって異なりますが、多くは目薬で眼圧を下げます。必要になればレーザー治療や手術を行います

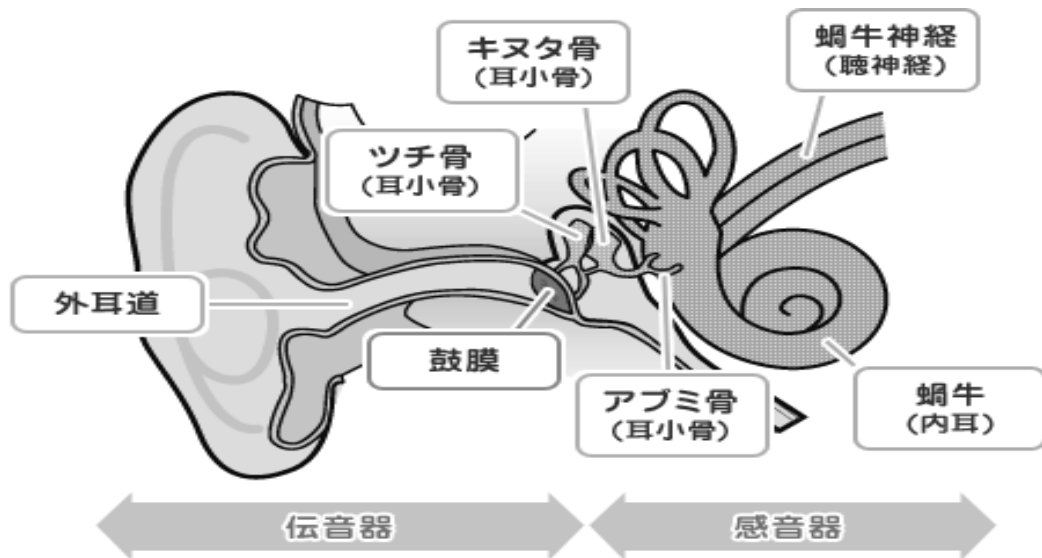
老人性黄斑変性症（ろうじんせいおうはんへんせいしょう）

黄斑と呼ばれる目の解像力の集中している部位が加齢により変性し、視力が悪化する病気の一つです。特に文字などが読みづらくなる症状が代表的です

老人性黄斑変性症の症状としては、急速な視力の低下（特に片目）、視野の中心部のボケ、ものが歪んで見えるなどの症状が現れます。

【チェックポイント】

- □　行動力の低下が見られたら視覚機能低下も疑う
- □　ゆっくりした視覚低下は高齢者には自覚されにくい
- □　視覚機能低下は精神活動やコミュニケーションにも悪影響を及ぼす
- □　高齢者の視覚機能低下には治療可能なものがある

（２）高齢者の聴覚障害の現れ方

聴覚（聞こえ）は、視覚や触覚と並んで外界の情報をキャッチするために欠かすことのできない機能です。言葉を介したコミュニケーションを行う上でも重要な役割を担っています。

一般に、高齢者になると聴覚にも老化による衰えが生じてきます。その程度や進み具合には大きな個人差がありますが、すべての人に訪れるものです。

家庭内での一体一の会話の聞き取りには不便を感じなくても、ざわざわとした騒がしいところや小声での会話に対する聞き取りが悪くなることによって、聞こえの老化は自覚されることが多いです。

耳の聞こえの仕組みは、音を物理的な波の振動として伝える部分（伝音）と、神経の情報として伝える部分（感音）より構成されています。外耳道より入力された音は、鼓膜、さらには、内耳にある小さな骨（耳小骨）を通して内耳の蝸牛に伝えられます。内耳では、物理的な音情報が神経に伝えられる電気的な情報に変換され、インパルスとして聴（蝸牛）神経を通して、脳幹、さらに中枢へと伝わります。

難聴の原因は、鼓膜や中耳の病気により音の電動が障害されて起こる「伝音難聴」と、内耳さらには聴神経などの障害により起こる「感音難聴」の大きく二つに分けられます。加齢による難聴では、このうち内耳より中枢側の神経系の老化による感音難聴が主体となりますが、高齢者の難聴がすべて感音難聴というわけではありません。中耳炎により聞こえが悪くなっている場合や、意外と耳垢（みみあか）で外耳道が塞がれて聞こえが悪い場合もあります。

これら伝音難聴の多くは治療により聴力を改善できます。一方、老人性の感音難聴は、現在の医療では、治療をしたり、あるいは難聴の進行を止めることは難しいとされています。

一般に難聴を自覚した場合、症状からだけでは難聴の原因を鑑別することは難しく、耳鼻咽喉科専門医で鼓膜所見の観察や聴力検査を行い、難聴の原因や程度を知る必要があります。

【疾患についての豆知識】

聞こえの程度は、オージオメーターという測定器を使って検査します。聴力レベルは、音の強さを示すデシベル（dB）という単位を使って、オージオグラム（聴力図）に書き表します。（縦軸は dB（デシベル）で音の大きさを表します。正常値が 0 で、数値が大きいほど大きな音になります。横軸は Hz（ヘルツ：周波数）で低い音から高い音を表します。）

これにより、聞こえの程度や障害部位（外耳、中耳、内耳など）を知ることができます。正常聴力の場合は、0dB 近辺であり、難聴の程度が強くなるほどこの値が大きくなります。通常 30dB 以上が「軽度難聴」、50dB 以上が「中度難聴」、70dB 以上が「高度難聴」、100dB 以上が「ろう」とされます。

聴力	実際の聞こえ具合	聞こえの程度	難聴の程度
0dB	健聴者が聴き取れる最も小さい音		正常
20dB		会話が聞き取り難かったり、間違えることがある程度	
30dB			軽度難聴
40dB	静かな会話	普通の話し声がやっと聞き取れる程度	
50dB			中度難聴
60dB	普通の話し声	大声で話せばなんとか聞き取れる程度	
70dB			高度難聴
80dB	大きな声の会話	電車がホームに入る音が感じられる程度	
90dB	怒鳴り声や叫び声		
100dB	耳元での叫び声		ろう
120dB	かなり近くからのサイレン	飛行機の爆音が感じられる程度	

【チェックポイント】

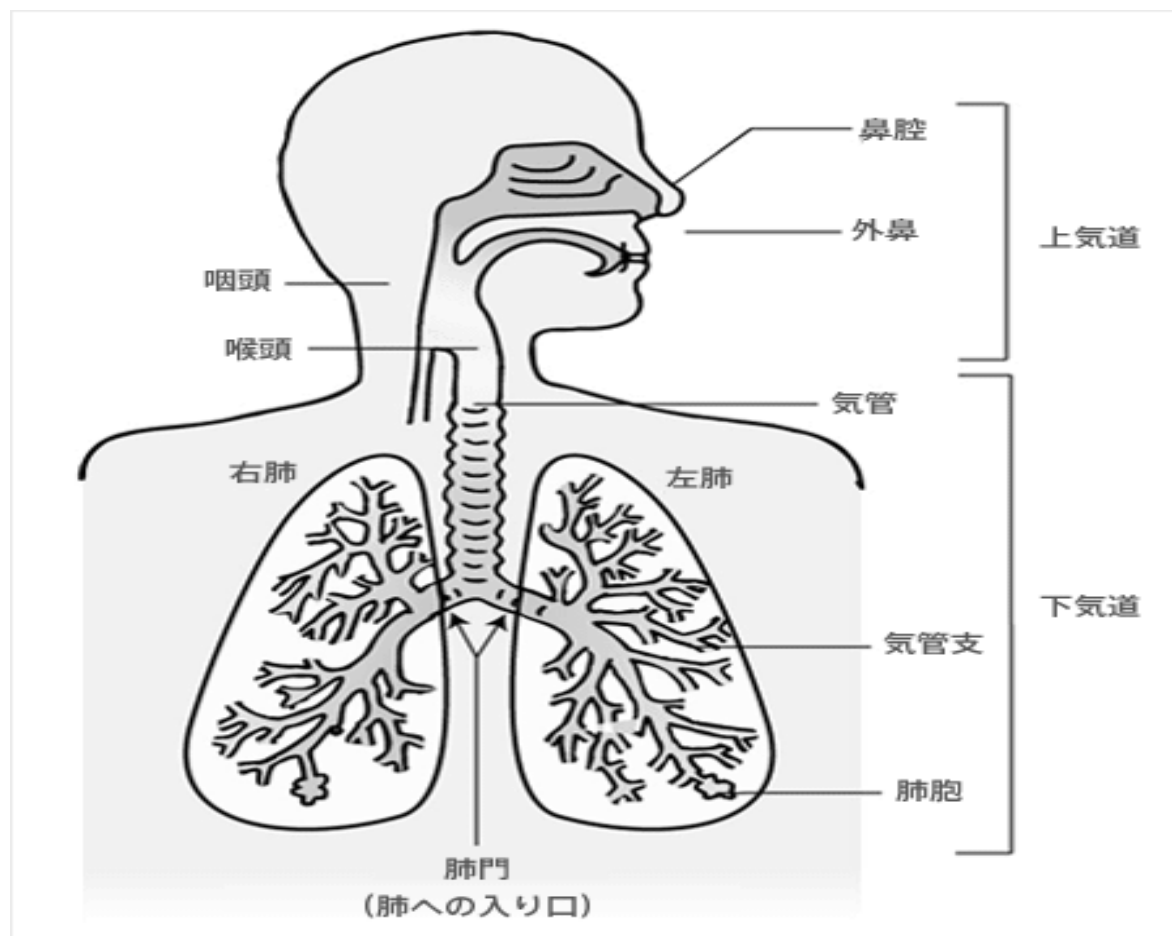
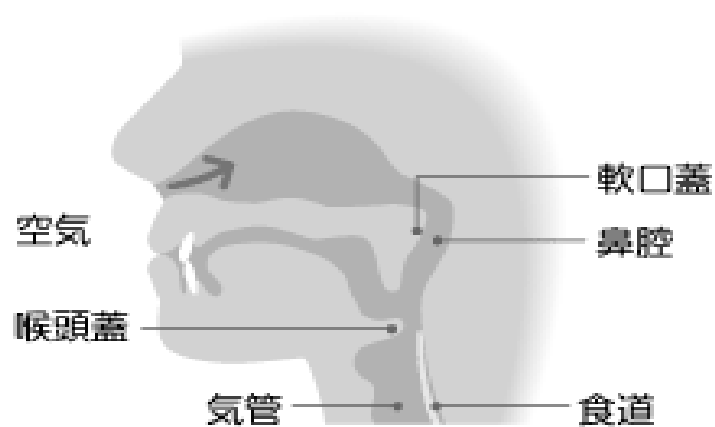
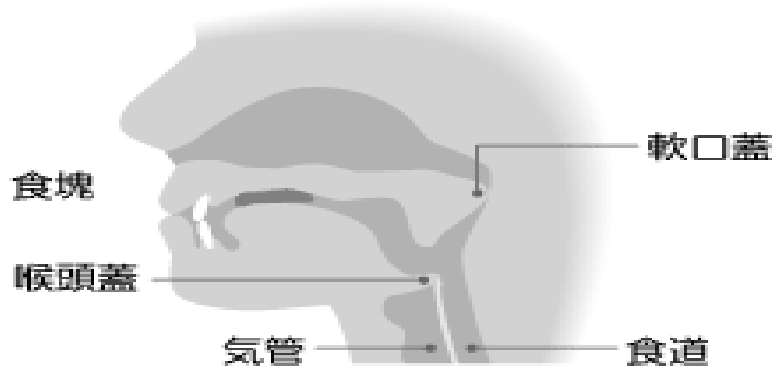
□　小声の会話の聞き取りに不便を感じたら難聴の初期

□　コミュニケーションに問題を感じたら補聴器使用を考慮

□　補聴器使用の適応は耳鼻咽喉科の診察で判断

□　各個人にあった補聴器の調整が必要不可欠。専門医で相談を

（３）高齢者の肺炎の現れ方

【呼吸器の仕組み】

【呼吸と飲み込みの仕組み】

気管と食道は隣り合っています。食事や飲み物、唾液を呑み込む時は喉頭蓋が閉まって気管に入らないような仕組みになっています。老化に伴いこの機能は低下しますので、気管に入ってしまうことが多くなります。予防のためには、誤嚥をしない姿勢や食材、調理方法などがあります。

我が国の死亡統計によると、肺炎はここ 10 数年来死亡原因の第 4 位を占め続けています。近年新しい抗菌剤が数多く開発され使用されるようになっても、死亡原因としての肺炎は減少するというより徐々に増加傾向にあるのです。

また肺炎の年齢別死亡率を見てみますと、65 歳以上の高齢者がその 90％以上を占めているのです。つまり、医療が発達した現在でも、肺炎は特に高齢者にとってはまだまだ非常に恐い病気なのです。

〇**高齢者肺炎の特徴**　（国立長寿振興財団　健康長寿ネットより引用）

多くの高齢者の命を脅かす肺炎-高齢者肺炎-の特徴として、以下の 4 点が挙げられます。

（1）	老化による生理機能の低下のため、咳・痰・発熱などの典型的な臨床症状を欠くことが多く、このため肺炎の発見の遅れにつながる可能性があります。
（2）	高齢者は様々な基礎疾患（成り立ちの大もとの病気）を持つことが多く、肺炎が重症化しやすくなります。
（3）	老化による薬物代謝・排泄機能の低下のため、治療薬の副作用が生じやすくなります。
（4）	その原因として誤嚥（ごえん：異物を誤って飲み込むこと）の関与が大きい、つまり口腔咽頭内に定着した菌を下気道に吸入することによって肺炎を引き起こすわけで、肺炎も再発しやすいのです。

○高齢者肺炎−予防が大切−　（国立長寿振興財団　健康長寿ネットより引用）
高齢者肺炎には抗菌剤を使用、脱水には補液、呼吸不全があれば酸素を投与して治療しますが、それ以上に予防が大切なのは言うまでもありません。
高齢者肺炎の予防対策として重要な点を図に示します。まず一般的な注意点として、手洗い・うがいや、マスクの着用を励行する、不足しがちなビタミン B12 や葉酸などの栄養素も十分摂取する、禁煙する、症状の軽い糖尿病や高血圧などの基礎疾患もしっかりコントロールすることが挙げられます。

誤嚥（ごえん）の関与が大きい高齢者肺炎では、誤嚥の予防が大切になります。
第一に口腔ケアをしっかり行い、口腔内に肺炎病原菌の定着を防ぐことが重要です。（簡便な口腔ケアの方法については別項に譲ります。）
次に食べ物にとろみをつけて飲み込みやすくする工夫や、食事中や食後、また就寝中に上体を起こすといった姿勢の工夫が大切です。

高齢者肺炎の予防対策としてもうひとつの重要な柱は、ワクチン接種です。
第一はインフルエンザワクチンで、高齢者ではワクチン接種により、入院頻度、肺炎などの合併率、死亡率の低減効果があります。接種費用の一部公費負担もありますので、ぜひ毎年接種して下さい。
もう一つは肺炎球菌ワクチンで、市中肺炎の原因菌として最も頻度の高い肺炎球菌による肺炎を予防してくれます。特に慢性呼吸器・心疾患等の基礎疾患のある方に推奨されます。一度接種すると約 5 年間効果は持続するとされ、インフルエンザワクチンとの併用で肺炎の予防効果が増加するので、合わせて接種をお勧めします。

○高齢者肺炎の予防

１．　一般的な注意点	ａ）　手洗い・うがいの励行、マスクの着用 ｂ）　栄養管理 ｃ）　禁煙 ｄ）　合併症のコントロール
２．　誤嚥性肺炎の予防	ａ）　口腔ケア ｂ）　食事の工夫、食事時・就寝時の姿勢の工夫 ｃ）　薬物療法
３．　ワクチン	ａ）　インフルエンザワクチン ｂ）　肺炎球菌ワクチン

【チェックポイント】
□高齢者の肺炎の原因として、少量の口腔内の分泌物（細菌）の誤嚥によることが多い
□高齢者の肺炎は、時に高熱や気道症状を示さずに、元気がない、食欲の低下や意識障害などの
症状が主体となることがある
□高齢者の肺炎の予防としてワクチン接種や口腔内の衛生が重要

５　代表的な高齢者の疾患（高血圧と糖尿病）

（１）　高血圧

どこからが高血圧かという、基準が決められています。WHO などの基準もあるけれど、わが国では、日本高血圧学会が日本人向けの高血圧治療ガイドラインとして、図のような分類を行っています

■血圧の分類（高血圧治療ガイドライン 2004 年版）

成人における血圧値の分類

分類	収縮期血圧		拡張期血圧
至適血圧	＜120	かつ	＜80
正常血圧	＜130	かつ	＜85
正常高値血圧	130～139	または	85～89
軽症高血圧	140～159	または	90～99
中等症高血圧	160～179	または	100～109
重症高血圧	≧180	または	≧110
収縮期高血圧	≧140	かつ	＜90

高齢者の高血圧の特徴は、血圧が非常に変動しやすいということです。そのため、何回も血圧測定をくり返さないとその人の真の血圧の値はわかりません。したがって、1 回だけ高血圧というだけでは、実際にはそれほど血圧が高くない場合も多くあり、日を変えて最低 3 回は血圧測定をおこなって、治療方法を決めるのがよいのです。その間、血圧を放置しておいても通常は心配ありません。またそれ以外に、座位だけではなく立位で血圧を測定しておくことも重要です。高齢者に多い起立性低血圧を調べるためです。

病院や診療所で計る血圧のほかに、最近注目されているのが家庭血圧です。病院や診療所療

所で血圧を測ると緊張してしまって、本来のその人の血圧よりも数値が高く出てしまう人がいます。そういう人は、自宅でリラックスしているときに測るほうが正しい血圧が測れると考えられるようになったためです。それに、自動血圧計が進歩して使いやすくなったし、非常に正確になったことも、家庭血圧を重要視するようになったことにつながっています。

ただし、指先や手首で測るタイプの血圧計では、あまり正確に測れません。高血圧かどうかの判断は、心臓とほぼ同じ高さで、「上腕（二の腕）の血圧で行う」と決められています。それに、指先の血圧と上腕の血圧では差があって、指先は極端に高くなったり低くなったりするからです。もちろん、上腕血圧計で測るときも、正しく測らないと意味がありません。次のようなことに気をつけて測るようにしましょう。

【いつ測るか？】

- 朝と夜、それぞれ少なくとも１回は測る。
- 朝は起きてから１時間以内に。排尿後で、朝食前、降圧薬を飲む前に、いつもの自分の座る姿勢で測る。測る前 1～２分ぐらいは安静にする。
- 夜は寝る前に。やはりいつもの自分の座る姿勢で測る。測る前 1～２分ぐらいは安静に。
- できるだけいつも同じ時刻に測る。
- １週間に何日測るかは、かかりつけ医と相談して決める。血圧がよくコントロールされているときは、少なくとも週に３日、薬を変えたときや初めて治療を始めるときには少なくとも週に５日というのが、日本高血圧学会の指針。
- 測った結果はすべて正確にノートなどに記録し、かかりつけ医にみせる。時刻と心拍数も一緒に記録しよう。

これは、医師が家庭血圧を診療の参考にするための最低限の指針です。もちろん、これ以外のときに測っても、毎日測ってもよいでしょう。

＜厚生労働省 HP より＞

どのように測るか

- 服はまくりあげて、裸の二の腕にカフを巻く。
- カフは肘関節にかからないように巻く。
- 腕は机などに乗せ、心臓と二の腕が同じ高さになるようにする。必要があれば枕

などで支持をし、腕は前に伸ばして、二の腕の緊張を解く 。

- 極端に腕が太い人は大型カフを、極端に細い人は小型カフを用いるのが望ましい。

測る腕は利き腕の反対が原則。だけど、左右の差が大きいときは、高いほうで測りましょう。

むずかしかったら、看護師さんや保健師さんに、よく教えてもらうといいですね

（2）糖尿病

身体のなかで唯一血糖を下げるホルモンはインスリンです。食後に血糖が上がらないように調節するはたらきがあります。また、血液中のブドウ糖をからだの細胞に送り込んで、活動エネルギーに変えたり、脂肪やグリコーゲンに変えて、エネルギーとして蓄えるはたらきもあります。

インスリンが不足したりうまく作用しないと、ブドウ糖が細胞に取り込まれなくなり、血液中のブドウ糖が使えなくなるため、血糖が上がります。

そうなると、筋肉や内臓にエネルギーが運ばれないため、全身のエネルギーが足りなくなります。

糖尿病と診断されたら、身体活動量等に合わせた食事をする必要があります（食事療法）。食べてはいけないものはありませんが、自分にあった分量の食事で、必要とするすべての栄養素をとるように工夫します。バランスのとれた食事ですので、家族と一緒に食べられます。

1日に食べる量は、お医者さんから指示を受けますが、目安としては、次のとおりです。

総エネルギー量　＝　標準体重　×　仕事別消費カロリー（標準体重 1kg あたり）

軽労作（デスクワークが主な人、主婦など）	25～30kcal
普通の労作（立仕事が多い職業）	30～35kcal
重い労作（力仕事の多い職業）	35kcal～

エネルギー量の計算は、80kcal を１単位として計算する方法が簡単で、一般的です。「糖尿病食事療法のための食品交換表」（文光堂）に、詳しい方法が紹介されています。

【参考文献等】

高齢者を知る辞典　厚生科学研究所　介護・医療・予防研究会編
厚生労働省 HP、参天製薬 HP、国立長寿振興財団　健康長寿ネット

Ⅱ　高齢者の食事と栄養

１　健康維持のための適切な栄養管理

高齢の方々が「生活の質（quality of life; QOL)」をいかに維持するか、すなわち、安心して自立した生活を続けることを可能にするには「健康維持のための適切な栄養管理」が不可欠です。そして、高齢者がいい人生を送り、天寿をまっとうする生き方「サクセスフル・エイジング」を実現するために食生活と栄養のあり方が大きく影響を及ぼします。

食生活において、高齢者では加齢変化として以下のような身体的機能の変化がよく認められます。

１）食欲の低下
２）噛む力（咀嚼力（そしゃくりょく））・飲み込む力（嚥下力）の低下（結果的に、固い物や繊維質の食物を避けるようになり、肉・野菜・果物などが不足しやすくなります）
３）唾液分泌の減少
４）消化液の分泌量の減少
５）腸の動き（腸蠕動運動）の低下
６）味覚の低下（結果的に、味付けの濃いものを好むようになり、糖分・塩分の摂取量が多くなりやすいです）
７）嗜好の変化など

偏食などが多くなると、自分では気づかないうちに栄養素が不足した状態になりやすく、最初のうちは体内の貯蔵栄養素を利用することで代謝を維持し体力を保持しようとします（まず糖質、次いで脂肪、タンパク質が利用されます)。

低栄養状態に陥ると､生活活動度が低下し､体重減少(痩せ)や骨格筋の筋肉量や筋力の低下、体脂肪の低下、感染を起こしやすくなる、そして血液中のタンパクが低下する低アルブミン血症などが認められます。近年、このように高齢者ではタンパク質・エネルギー低栄養状態が大きな問題となっており、protein energy malnutrition; PEM とも言われています。

２　低栄養

低栄養の状態が続くと、特に高齢者では「生活自立度の低下」や「要介護度の上昇」につながり、最終的には褥瘡（じょうくそう：床ずれ）の治癒が遷延（せんえん：のびのびになること）したり、寝たきり状態が起きやすくなります。特に嚥下障害を有する高齢者（すなわち、飲み込みが悪くむせやすい方）の場合には、介護者の注意や努力が不足すると、容易に脱水症や低栄養に陥ります。

厚生労働省の研究によると、血清アルブミン値と体重減少率を指標にして栄養状態を調べたところ、入院患者や入所および在宅療養者の約 3 割～4 割に低栄養の高齢者が確認されています。またアメリカの研究では、低栄養状態は病気の回復も遅延し、合併症併発率や死亡率も高かったとの結果が出ています。

（１）　高齢者における低栄養の原因

高齢者における低栄養の原因は、まずは「食事摂取量の減少」であり、いろいろな要素（たとえば、生活活動度の低下・嚥下機能障害・消化機能低下・味覚低下・認知機能低下による食欲の減退など）が関係します。しかし、それだけではなく、「生活環境要因（一人住まいや老夫婦のみの生活、無刺激による閉じこもりなど）」や「様々な精神的要因」もかかわってきますので、同居者や介護者はそれらの点に関しても注意深く見守る必要があります。

（２）どんなものを食べるべき？

「年を取ったら魚食を中心にして肉食は避けるべき」とよく言われてきましたが、最新の研究では、動物性タンパク質（肉や卵、油脂類など）を多く摂取している高齢者の方が、植物性タンパク質が中心の高齢者に比べ老化の速度が遅く、病気になりにくいことが分かってきました。つまり、「動物性タンパク質」を効率的に体に取り入れ、体の栄養状態を高めながら生活活動度を高く保つことが大切です。

小食の人でも「間食」という形で効率的にタンパク質が摂れるという点でも、牛乳や乳製品の摂取が有効です。ただし、過度の摂取により糖尿病や脂質異常症（高脂血症）などの基礎疾患を悪化させる可能性もありますので、主治医と十分相談する必要があります。

高齢者の栄養管理をするにあたり重要な問題は、「本人にとっての必要エネルギー量やタンパク質量をどの程度に見積もるのか」ということです。すなわち、非常に個人差が大きいため、細かい栄養管理は担当の先生や周囲の方だけでは難しく、管理栄養士にも相談して下さい。

また、高齢になると摂取する食品が単一的になりがちで、比較的食べやすい糖分の多い物が中心の食事となりやすいです。「摂取栄養素の多様性・バランス」も大変重要であり、好きなものだけを少品種食べるのではなく､少しずつでも幅広い品種を摂取することも重要です。また、食を介した高齢者の QOL の改善には、「適切な栄養素補給」だけでなく、同時に、「食生活を通して多くの人とコミュニケーションを取り、健やかな日常生活を送る」という心理状態の充実も重要です。（そのためには､下記の点に気を付けて身の回りの方々による工夫を凝らした支援も不可欠になってきます。

- 食べたい時に少しずつでも（何度にも分けても構いませんので）食べさせるよう促しましょう。
- 自分の力でどうにか食事を摂取できるよう促しましょう。
- 食事の時間が楽しくなる雰囲気を工夫して作ってあげましょう。
- 摂取栄養素の多様性・バランスに気を付け、大切なエネルギー源となる肉・魚・卵・大豆製品などのタンパク質は毎日摂取させましょう。
- 少量で栄養が確保できる栄養補助食品も上手に使いましょう。

（３）高齢者の栄養状態評価

高齢者の栄養摂取には心身の状況や生活環境など多くの要因が関わっています。従って栄養状態を評価する場合にも、栄養摂取量そのものだけでなく、身体や心理・精神状態、社会環境など全体を把握する必要があります。

身体の状態としては、日常の活動状況や全身状態、慢性疾患の有無、歯や歯茎・舌の様子、嚥下障害の有無や消化器系の疾患が重要となります。

また薬剤の使用で食欲不振や肝機能障害を来していることもありますので、服薬にも注意をする必要があります。

虚弱高齢者では「食事を摂る」という行動自体が身体の負担となるために十分な摂食が出来ない場合もあります。

認知症高齢者では摂食行動の異常が認められることもあり、過食、偏食や食べてはいけないものを食べてしまう異食という行動に注意が必要です。

【参考メモ】＜厚生労働省 HP より＞

【チェックポイント】

□高齢者向け住宅でも自宅にいた時と同じ QOL を維持しましょう。

□定期的に体重を計り、BMI をチェックしましょう。BMI は医師との共通言語として役にたちます。

３　高齢者の脱水

高齢者は脱水症になりやすい傾向があります。脱水と言うと夏を思い浮かべると思いますが、冬でも強い暖房の中、またはトイレに何回も行きたくないため等、意識的に水分を制限している場合があります。

脱水症にならないために１日に必要な水分量は、体格にもよりますが１日に 1,500ml 以上の水分摂取が必要です。これには食事時の味噌汁の水分は含まれません。

また、病気で発熱していたり、下痢をしている場合は、身体の水分が失われやすいので、より多くの水分を摂ることが必要になります。

ただし、腎臓の病気で、1 日の水分摂取量を制限されている場合もありますので、医師への確認が必要です。

（１）関わりのポイント

加齢により、感覚機能が低下します。そのため、身体の水分が不足していても、のどの渇きを覚えにくくなる傾向があるようです。高齢者の方が、自分から「のどが渇いた」「お茶を飲みたい」と言うことが少ないのはそのためです。ですから、介護する人が意識して水分摂取を促さないと、水分摂取量が不足してしまう可能性が高くなります。

（２）利尿剤の影響

高齢者は代謝機能が低下しているため、薬剤の影響を受けやすくなります。特に、慢性心不全や高血圧の治療薬として使用される利尿剤の投与に関しては、脱水症の危険因子となりうるので注意が必要です。

【チェックポイント】

□普段どのくらいの水分を摂取しているのか把握しましょう。いつも飲んでいるカップや茶碗の容量を把握し、何杯と聞くと把握しやすいです。

Ⅲ　高齢者の口腔ケア

１　高齢者の口腔ケアの目的

口腔ケアの目的は、口の中を清潔にするだけでなく、歯や口の疾患を予防し、口腔の機能を維持することにあります。

また、口腔ケアは QOL の向上のみならず誤嚥（ごえん）性肺炎などの全身疾患の予防、全身の健康状態の維持･向上にもつながります。口腔ケアと全身の健康は関係性が非常に深いです。口腔内細菌と内科疾患との関連性、咀嚼（そしゃく：物をよくかみ砕き味わうこと）の機能と老化･認知症との関連性など、口腔環境がお年寄りの全身の健康と密接に関連していることが、

近年明らかになってきました。
　細菌の塊である歯垢は、ムシ歯や歯周病の直接的な危険因子であると同時に、全身疾患を引き起こす菌の温床としての役割を果たす可能性が高いのです。口の中の細菌が関与すると考えられる代表的な全身疾患としては、
・感染性心内膜炎、敗血症
・虚血性心疾患
・誤嚥性肺炎
などがあげられます。
　要介護高齢者は、健康な人にとっては病原体とはいえないような細菌によって、日和見感染症（ひよりみかんせんしょう：抵抗力が弱かったため、普通は病原性を示さない菌による感染症)、感染性心内膜炎や誤嚥性肺炎に陥ることがありますが、口腔ケアを行えばこれらの疾患を予防できることが分かってきました。
　つまり口腔ケアは、単に歯や歯ぐきのためだけではなく、生活援助に加えて全身疾患の予防など、生命の維持・増進に直結したケアでもあるのです。

２　口腔ケアの具体的方法（口腔ケアシステムと口腔ケア支援機器）
　健康な方の口腔の健康維持は、日々のブラッシングなどの自己管理が中心となります。しかし、要介護高齢者や障害者では介護者や看護師による口腔ケアが必要になります。
　こうした方々の口腔ケアは、歯科医師および歯科衛生士が専門的口腔ケアを行うことが望ましいと考えられてきました。しかし、現実には介護者や看護師などが全身的なケアに加え、口腔ケアに関与しているのが現状です。
　そこで国立長寿医療センター歯科では口腔を良好な状態に保ち、QOL を向上させるために、エビデンス（根拠）に基づいた医療に基づいたより科学的な口腔ケア、しかも一般の介護者が簡単に行え安全かつ効果的な口腔ケアの開発を行いました。以下、厚生労働省 HP より一部転載してご紹介します。

口腔ケアの具体的方法【口腔ケアシステムと口腔ケア支援機器】

科学的で安全かつ効果的な口腔ケアの開発がされています

　健康な方の口腔の健康維持は、日々のブラッシングなどの自己管理が中心となります。しかし、要介護高齢者や障害者では介護者や看護師による口腔ケアが必要になります。
　こうした方々の口腔ケアは、歯科医師および歯科衛生士が専門的口腔ケアを行うことが望ましいと考えられてきました。しかし、現実には介護者や看護師などが全身的なケアに加え、口腔ケアに関与している

のが現状です。

そこで国立長寿医療センター歯科では口腔を良好な状態に保ち、QOL を向上させるために、エビデンスに基づいたより科学的な口腔ケア、しかも一般の介護者が簡単に行え安全かつ効果的な口腔ケアの開発を行いました。　（リンク１参照）

● リンク１　「口腔ケアの必要性」

○口腔ケアの方法

国立長寿医療センターで開発した要介護者の口腔ケアの方法は、(1)口腔ケアシステムと(2)口腔ケア支援機器の２種類あります。うがい、意思疎通、協力度の面で良好な方を対象に、ご家族、介護者が行える口腔ケアシステムと、それが困難で歯科医師など専門職が主に行う口腔ケア支援機器です。

「口腔ケアシステム」で用意する器具

1. U字型のたらい
2. 口腔ケア用スポンジ
3. 舌ブラシ
4. 電動歯ブラシ
5. コップ
6. うがい薬
7. 口角鈎（こうかくこう）
（唇にかけ、口の中を見やすくします。あると便利ですが、なくてもできます。）

ここでは誰にでも可能な口腔ケアシステムをご紹介します。口腔ケアシステムは、「１日１回５分」で誰でも
要介護高齢者の口を清潔にできるよう考え出されました。

○「口腔ケアシステム」における要介護者の姿勢

食べかすやうがい薬を誤嚥（誤って肺に飲み込むこと）させないよう、姿勢に気をつけましょう。座位（座った状態）が理想ですが、困難な場合、横向きの側臥位が安全です。片麻痺がある方の場合、麻痺のない方を下側にして下さい。

○「口腔ケアシステム」の手順

(1)水でうすめたうがい薬をスポンジに浸し、歯と口腔粘膜をやさしくこすり、食べかすや歯垢を取り除きます。(約1分)

高齢者の口腔粘膜は薄くなって傷つきやすいので力を入れすぎないようにしましょう。

(2)舌ブラシを曲げて、舌の奥から手前へ10回位軽く擦り舌を清掃します。(約30 秒) 舌は傷つけないように気をつけましょう。口臭の原因の多くは舌の汚れにあります。舌の清掃も忘れずに行いましょう。

(3)うがい薬をつけた電動歯ブラシで歯を清掃します。必要に応じて粘膜も清掃します。(約2分30秒)

(4)うがい薬で十分うがいをします。(約 1 分) 吐き出したうがい薬は U 字型のたらい (洗面器や穴を空けたペットボトルでもよい) で受けましょう。

誤嚥(ごえん:異物を誤って飲み込むこと) させないように十分注意して下さい。

入れ歯がある場合は、電動歯ブラシで入れ歯の清掃を行います。入れ歯は汚れが付きやすく、微生物の温床になっています。

以上、口腔ケアシステムの具体的方法について簡単にご説明しました。さらに詳細についてご興味のある方は以下の文献を参考にして下さい。

1.NHK 出版 今日の健康 2005 年 2 月号　在宅介護:これなら出来る口腔ケア P103-109

2.角　保徳、植松　宏“5分でできる口腔ケア:介護のための普及型口腔ケアシステム” 医歯薬出版 2004 年

3.角　保徳“誰でもできる高齢者の口腔ケア”ビデオ　中央法規出版　2003 年

厚生労働省 HP より一部転載

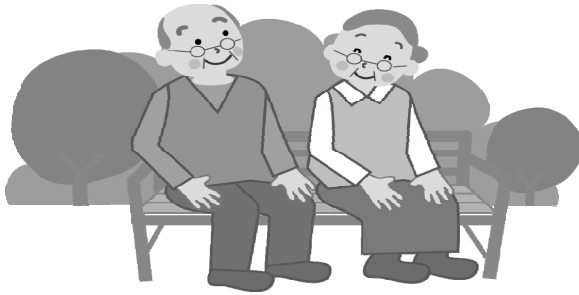
第２章　高齢者のこころ

Ⅰ　高齢者の心理

１　高齢期の心理

高齢になることに伴い、聴力・視力・運動能力等の身体能力の低下や記名力が低下する等の事は、高齢期の特徴ですが、こころの仕組みは、高齢期だからといって変わるものではありません。年齢を問わず人は、悲しいことには悲しみ、うれしいことには喜び、腹立たしいことに怒り、好きな人には気を許し、嫌いな人は拒絶します。

高齢者は、弱者であり保護されるべき存在であると先入観をもつ事や、「頑固で柔軟性がない」「退行して子どものようになる」という見方は適当ではなく、基本的には同じ人間として接することが基本です。

例えば、高齢期に記憶力は低下しますが、複雑な思考や総合的判断力は低下しにくいといわれています。豊かな経験から的確な判断をし、周囲から重んじられている高齢者は大変多いのも事実です。また逆に、「同じ人間はいない」ということも事実です。人は生まれ成長する過程の中で、環境や生活体験を積んで、今のその人がいます。

これらのことを前提にし、高齢期のこころの変化に影響する要因について、以下に示します。

相談員としては、高齢期のこころの変化と合わせて、個別の入居者を理解することが必要です。

1）喪失感

高齢期は、「喪失の時代」といわれ、配偶者の死亡や身近な友人・兄弟の死亡等の喪失感を繰り返し体験する機会が多い時期です。

配偶者の死亡や身近な友人・兄弟の死亡等を、否応なしに経験する時期です。高齢者は、その受容や克服が難しく、深い絶望感によるうつ状態や認知症の引き金になることがあります。

近年は、サラリーマンの定年制は 65 歳の企業が多くなってきています。熟練した技術や役割を担ってきた人が定年を迎え、長年慣れ親しんだ仕事を喪失します。特に仕事一筋で生きてきた人・管理職等の地位にあった人は、自信やプライド、目標の喪失につながりやすいといえます。

経済面でも収入が少なくなる場合が多く、家族の援助を受けることもあります。家庭

の中にあっても、自分の役割や家庭内の地位が変化し、自我や自尊心が脅かされ、その

人らしさが保たれなくなります。

年齢が高くなるにつれ病気に罹りやすく、病弱化すると、心身の各種機能が低下して、食事や排泄・掃除など日常生活が自分ひとりでは難しくなります。生活場面での不自由や不満を感じやすく、しかも自分の力では解決が難しいため、依存的傾向が強くなります。反対に周囲の世話になるという、負い目を感じる場合もあります。

身体的には、全般的な運動機能の低下は、少しずつ進行し「あきらめ」を形成することが出来ますが、急激な視力の低下、聴力の低下、記名力の低下などは、突然の喪失感として戸惑いをもたらすことがあります。単に感覚器官が老化するだけでなく、知的機能や認知機能が低下するために、外からの情報を理解し、的確に反応することが困難になります。例えば、今まで見えていたものや聞こえていたものが捉えにくくなり、誤った受けとめ(誤認)や、受け止めきれない（処理しきれない）ため、イライラし、緊張や不安が高まります。そのため、外部のことよりも内部に気持ちが集中し、外部のことに耳を傾けることが少なくなります。また、記名力や学習能力が低下すると、新しいことを吸収することが難しくなります。高齢者は、新しいことを嫌い、昔からの考え方・やり方・習慣を重んじる傾向が強くなります。新しいことを、受け入れなければならない場面では、緊張感や不安が高まり、臆病になり拒否してしまうことが多くなります。

表 1 に、身体的機能の低下が、高齢者の心にもたらす影響について整理しています。

表 1

筋力低下	瞬発力低下などの運動機能低下	自由に動けない不安
臓器機能低下	免疫機能低下　下痢・風邪を引きやすい	病気・緊急時の不安
性機能低下	男性・女性としての誇りの低下	自信を失わせる
外見	歯の欠損・脱毛・白髪・しわ・しみ	自信を失わせる
視力・聴力低下	話題についていけない	孤立感
知的機能低下	身の回りのことが出来ない	尊厳が傷つく
記憶力低下	短期記憶障害・混乱	生活が一人で出来ない不安

私たちは暮らしの中で、家庭や職場・友人との交流など、複数の場に生きています。ある場でいやなことがあったとき、他の場に身を置くことでそのストレスが緩和される

ことが事実です。こころの健康のためには、人は複数の場を持つことが必要といえます。しかし、高齢期は、外に出る機会・他者と交流する時間など、身を置く場が減少する可能性があります。身を置く場の減少がこころの健康に与える影響は、見過ごさないようにしましょう。

【事例】

Ａさんは、80歳代の女性です。女学校卒業後、実家の手伝いや事務の仕事をしていましたが、20歳の時に、親にすすめられ、見合い結婚をして隣町へ嫁ぎました。夫は農協に勤め、専業主婦として、5 人の子どもを育て過ごしました。趣味は、お花を育てることで、農協婦人部にも顔を出して交流もありました。

10年前に夫が、脳梗塞となり急死してから、一人暮らしを続けています。

一年ぐらい前から、同じことを何度も言うようになったとＳ市に住む長女が心配になり、精神科を受診しアルツハイマー型認知症の診断を受けました。その矢先に近所の人から、ゴミの処理のことで指摘を受け、そのことに固執するようになり、家に閉じこもり、他者と交流を絶っている状況になりました。長女・長男の家や携帯電話に、一日に何度も電話をかけ「自宅に来てほしい」と訴えます。家族も、どのように対応してよいか困惑し、時には怒鳴りつけてしまうこともあったようです。

介護支援専門員は、様々なサービスをＡさんに進めましたが、拒否が続くため主治医から訪問看護を進めてもらいました。長年かかっている医師からのすすめで、導入が可能になりました。毎朝長女が電話でＡさんの安否を確認し、服薬を促しています。週 1 回の訪問看護師が来ることを待っていて、訪問時は堰を切ったように話をします。訪問看護師に、「夫が健在だった頃は、客が多く賑やかだったが今はさみしい・・近所の人に見張られている」と、話していますが、花の手入れは「体が疲れるし、上手にできなくなった」と、外へ出ることは拒否が続いています。また、子どもたちに対して「あんなに冷たい子どもに育ってしまった・・あてにならない」など、不満を訴えます。長年の習慣からいつも自宅はきれいに片付いていて、調理も行っている様ですが、鍋焦がしが見受けられます。

あるとき、訪問看護師が「若いヘルパーに家庭料理を教えてくれませんか」という声かけから、訪問介護の導入が成功し、一緒に調理や買い物をするようになりました。子どもたちへの電話が減り、表情は穏やかさを取り戻しています。

依存的な言動が現れる高齢者には、表2に示した4つの欲求があるといわれています。表面的な言葉や行動ではなく、その裏側にある本人のつらさに寄り添った援助が求められます。

表２

欲　求	内　容
寂しさ	頼りになる人が傍にいてほしい。
愛　情	いつも自分に注意を向けてほしい。
甘　え	手助けしてほしい。
安　心	生活を保証してほしい。

以上、高齢期におこる喪失感について述べてきましたが、個人によってその感じ方が変わることや喪失の内容も異なります。いずれにしても高齢期は、喪失感の受容・克服の課題が多くある時期であることを理解し、相談員として、入居者の現状と心理面の理解をし、援助することが求められます。

2）発達し続ける存在

高齢者は、生理的にやむを得ない能力低下はありますが、年々能力が低下していくのみではなく、新たな学習で成長する存在として捉える必要があります。何らかの障害があっても、残存能力を活用して、リハビリテーションに取り組むことで、新たに獲得する能力があります。

人は、様々な経験を積むことによって、死ぬまで発達し続けるという基本的視点と働きかけが必要です。

3）入居高齢者の対応

長年暮らしてきた環境から、高齢期になり高齢者向け住宅に転居をすることは、個々の入居者にとって大きな決断で、ストレスも伴うものです。また、対象の多くは、介護認定を受けている要介護・要支援の高齢者であり、健康に何らかの影響があり、住み慣れた場所から転居を余儀なくされた方々です。

近年少子高齢化の中で、転居に関する様々な研究がされています。川添等[2)]によると、「転居前から本人と家族や関係職種が本人の意志を大切にした話し合いの機会を持ち、転居後の生活や利用サービスを具体的に考えられるような準備を行うことで、要支援・要介護高齢者は転居を肯定的にとらえる可能性がある」としています。高齢者向け住宅の相談員としては、入居前の相談から、家族への対応など様々な援助をしますが、個々の入居者の住宅への転居の経過に配慮し、高齢者・家族の気持ちに寄り添った支援が求められます。

高齢者の多くは、その豊富な人生経験を話し、共有したいと願っています。話したいと思う内容について、傾聴し共感的な理解をすることから、入居者個々の理解が深まります。また、長い経過の中には、話したくはないことや、触れてほしくないこともあるという理

解が必要です。無理に知ろうとせずに、「話したくない・触れてほしくない」という気持ちも受け入れる態度が必要です。

２　老人性うつ病

1) うつ状態とうつ病の違い

認知症や神経症は、脳の器質的障害と心因性や環境等による相互関係から発症し、薬物療法だけでは改善に向かうことが出来なく、環境要因が症状を増強する事が考えられます。反面、うつ病は、外的要因がなく発症する精神疾患で、原因は、脳内の神経伝達物質や受容体の機能障害が考えられます。老人性うつ病の治療は薬物療法が基本で、改善する場合がありますが、若年者のうつ病と異なり、症状が複雑で非定型な経過をたどることが多く見られます。高齢で認知症だと思って対応することで、症状が悪化することがあります。また、老人性うつ病は、治りにくく、治ったように見えても再発しやすく、何度も繰り返すのが特徴です。

高齢者や家族は、精神疾患に対する抵抗があり、直ちに精神科受診につながらない場合が多く見られます。はっきりとした原因がなく、高齢者が頑固に身体症状を訴える場合は、認知症等の鑑別を含めて、早期に精神科専門医による診断が必要です。

2) 老人性うつ病の要因

老人性うつ病は、①高齢期以前に一度発病したものが治癒し、高齢期になってから再発したもの、②高齢期に新たに発病したものに分かれます。

老人性うつ病になりやすい人の病前性格としては、「非常に几帳面で､何事もきちんと徹底的にやらなければ、気がすまなく、やり方を変えることを好まない。他人に対する配慮が非常に旺盛で、何かを依頼すると断れない。義理堅く、真面目で、良心的で正義感が強い」というような、性格の人に多いとされています。

老人性うつ病のはっきりした原因は明らかではないですが、高齢期になって初めて発病したうつ病は、役割や家庭内の問題、身体的な問題などが発病の要因（引き金）として考えられます。

また､様々な慢性疾患に､老人性うつ病が合併していることが多く認められています。慢性疾患の様々な症状の影響で、老人性うつ病が引きおこされると考えられています。

3) 老人性うつ病の症状

主要症状は、憂鬱状態の訴えを中心に、将来に対して悲観的で様々なことに否定的です。考えること（思考）や意欲がなく、人に会うことを嫌い活動する量が減ります。高齢者焦燥（しょうそう）うつ病と呼ばれる、不安や焦燥感が前面に出る特徴をもつ老人性うつ病もあります。また、仮面うつ病と呼ばれ、食欲不振や便秘などの身体症状が前面に出るため、始めは一般内科にかかり、症状の改善がないために、精神科を訪れる老人性うつ病もあります。

睡眠障害は、ほとんどの場合に見られ、①寝つけないなどの入眠困難、②たびたび目が覚める中途覚醒、③眠った気がしない浅眠、④早朝覚醒で午前中は調子が悪く午後から夕方にかけては比較的体調が安定する、気分の日内変動がある場合があります。

以上のような主要症状を中心として、多彩な訴えがあります。具体的な訴えとしては、気分がすぐれない、お釜をかぶったように頭が痛い、眠れない、気力がない、食欲がないなどの訴えに加え、楽しめない、自信がない、胃や心臓の調子が悪いなど様々な訴えで、生活全体がその訴えの「虜（とりこ）」になっている状況が特徴です。さらに悪化すると、「自分は役に立たない、迷惑ばかりかけている」など、自己肯定感・価値観の低下や自責感が見られます。

特に自責感が見られるときは、自殺念慮（死にたい、いなくなりたい等）に配慮することが必要となります。また、自責感から妄想が出現する場合があります。妄想の内容について、表 3 に示しています。

表 3

妄　想	内　容
罪責妄想	自分の責任で、みんなが死んでしまう
貧困妄想	自分が悪いのでみんな貧しい
心気妄想	自分は命に関わる病気に罹っている
罪業妄想	罪を犯してしまう
被害妄想	悪口を言われる、いじめられる
嫉妬妄想	夫を取られた
物取られ妄想	大事なものを盗まれた

4）老人性うつ病の対応

相談員として日常の関わりの中で入居者の様子が、以前に比べ気分が沈んでいる、口数が少ない、意欲が低下しているなどの変化を、介護支援専門員や関係事業所などに伝え、情報交換することが大切です。

相談員は、家族と日頃から良好な関係をつくり、精神面で変化があるときは、早い時期に専門医の診断を受けることが大切です。

老人性うつ病の診断がついた場合は、原則的に抗うつ剤が処方されます。薬が確実に内服できることが、症状改善にとって必要です。高齢者は、薬の副作用が出現しやすいという問題があります。主な副作用は、「口がかわく・便秘・尿閉（尿が出にくくなる）、眠気、だるさ、まれに肝機能障害、立ちくらみ、低血圧、心臓の障害」などが現れることがあります。介護支援専門員に介護保険サービスの調整を依頼し、訪問看護ステーシ

ョンや在宅支援診療所等の医療関係者との連携を密接にとることが必要です。

家族や友人などは、元気づけたり、激励したりしがちですが、うつ病の性質上から、このような対応は自責感を強めてしまうことに繋がります。相談員として、家族に対し対応の知識を伝えるとともに､良き話し相手となり､連携をとっていくことが重要です。

3　閉じこもり

1）閉じこもりの要因

前述したように、高齢期は「喪失の時代」であり、孤立・孤独の原因となる出来事が多くあります｡まず一点目は､「社会的心理的要因」です｡長年続けてきた役割からの引退や、周囲の近しい人との別れなどがあります。高齢期は、親しい友人や知り合いを獲得することが困難になり、孤立傾向が強く、孤独な生活になりがちです。こうした中で、高齢者自身が気づかないうちに、自閉的な生活に陥り、社会性を失うことにつながります。また、高齢期は打ち込む対象、つまり関心や注意を惹かれるものがなくなっていき、充実感を得ることが出来なくなり、自発性がなく毎日を緩慢に過ごしがちになります。外からの情報に関心を示すことがなくなり、自分の殻に閉じこもりやすいのです。

二点目は､「身体的要因」です。高齢期は様々な病気による機能障害や､体力低下があります。高齢期の意欲低下や気力低下に、体力の低下が加わることによって、物理的にも心理的にも行動範囲が狭くなり、家の中や自分の部屋の中だけの生活が多くなり、他の人との交流が少なくなります。結果的に自閉的な生活に陥りやすく、周囲が声をかけられなくなり、孤独で孤立した生活になりやすいのです。

三点目は「環境要因」です。環境を構成するものは、周囲の「人と物」です。とくに周囲の人との安定した共感的な関係が、人の精神に重大な意味を持ちます。北海道のように雪が降る地域や、坂の多い地域、交通の便などが、高齢者の日常生活に大きく影響しています。親しい友人や職員が身近にいるかどうかといったことも、環境として大きく影響します。高齢者向け住宅への転居をきっかけとして、知り合いがいなく部屋に閉じこもりがちになる場合も予測されます。少子高齢化で、郡部で生活をしていた高齢者が、子どもを頼り子どもの住む地域の高齢者向け住宅へ転居してくる事もあります。地域環境の違いで馴染めないなど、戸惑いを持つ高齢者も多いと思います。

これらの3つの要因は相互に関係し、結果として閉じこもりが始まります。閉じこもると、廃用症候群という、使わないことで運動機能低下や活動低下につながります。このことがますます閉じこもりを助長し、それがさらに廃用症候群を進行させるという悪循環が生まれていきます。

高齢者向け住宅は、高齢期になってから転居してくる方が対象です。｢特別な環境要因｣が加わる状態として、次の項で「高齢者と転居」について述べ、転居がもたらす影響について考えたいと思います。

2）高齢者の転居

一般に転居を行うのは､20代前後の就学や就職にともなう場合と､60歳代の定年に伴う生活の場の変更が多いとされています。しかし、今後は少子高齢化の中での介護問題で、より高齢期になってから暮らすことが困難になり、子どもとの同居や高齢者施設・住宅へ

の転居が多くなることが予想されます。

高齢者向け住宅の相談員として、「高齢者の転居」がもたらす影響について理解を深め、転居がどのような形で高齢者に影響しているかを考えながら、日常的な対応を行うことが大切です。

竹内[3)]によると、転居は「元の地域での生活の全てを失う事であり、新しい住居の中での適応を求められる」と述べています。以下に、その具体的な内容について述べたいと思います。

(1)人間関係づくり

元の地域での長年構築してきた人間関係（親しい仲間・友人との、日常の交わりやその中での自分の立場、あるいは、こうした生活が自分の人生の価値として「支え」になっていたこと）が失われ、新しい人間関係作りをしていくことは、高齢者にとっては想像以上に大変な作業です。高齢者向け住宅に、納得して入居したとしても、初めての人との食事、入居者同士の関係、住居の職員との関係など、緊張と不安が大きい精神状況です。早い時期に仲間作りを促しても、生活習慣の違いが気になったり、慣れない中で言われたことに拘り､孤独な気持になったりすることが多くみられます。

また、人間関係の中で役割喪失について、理解することが重要です。人間は、常に役割を持ちながら、関係をつくっています。役割は、人間関係を含めて、現実の生活への確かな手ごたえ、充実感をもたらし、さらにそれを通じて新しい人間関係をつくり出し、安定化させます。逆に役割がない状態は、孤独感を持ち、生活の充実感がない状態といえます。共感しあえる人間関係と自分自身の役割を見出すことが、転居後に新しく構築していく課題です。転居直後から、住居の生活に慣れるためには、相談員の支援が欠かせないものです。

(2)新しい住居への適応

転居により、新しい暮らしを行うために住居に適応していくことが求められます。①食事が決まった時間に提供されるので、食堂に行くこと、②住居に併設されたコインランドリーに行き洗濯し、乾燥室に干すこと、③住居の室温や湿度に合わせた衣服を身につけること、④何時頃に寝て何時頃に起きるということ、⑤住居の中での決まり事や行事への参加、などたくさんの新しいことを、自分の中で確認し整えていくことになります。転居直後の高齢者は、自分の家で暮らしていた時とは違う、集団生活の中で窮屈さや緊張を常に感じながらいる、という事を理解する必要があります。

(3)新しい土地への適応

転居した土地にある、必要な病院や公共施設へ通うことに慣れる必要があります。たとえば、多くの高齢者は病院への通院があり、公共交通機関を使い定期的に通うことに慣れる必要があります。場合によっては、子どもが通院時に付き添っていくかもしれません。近隣のスーパーや商店には、時々行くことがあるかもしれません。しかし、以前の親しんだ地域のように、友人や知り合いの中での生活ではなく、次第に外出の頻度が少なくなっていく場合が多いといわれています。

以上述べたように、「高齢者が転居をする」という事は、大変大きな環境の変化と精神的なストレスを

抱えることになります。転居をきっかけとして、閉じこもりになる高齢者は大変多く、
単調で変化に乏し
い生活は、認知症や廃用症候群などの身体的機能への少なくない影響を及ぼします。
高齢者向け住宅の相談員として、新しい関係性の構築や適応をしていく過程を支援することが求められます。

3)、閉じこもりの予防と対応

高齢者の閉じこもりは、寝たきりになる原因として注目され、閉じこもり予防の重要性が指摘されています。高齢者向け住宅に転居してきた入居者が、新しい環境の中で、他の入居者になじみ、施設の職員にもなじみ、安心できる関係が早期に構築できることは、転居された高齢者にとって、その後の暮らしの安定を図る大変重要なことです。

高齢者向け住宅の中での閉じこもりの事例について紹介します。

【事例】

Ｂさんは 80 歳代の男性です。Ｙ町で生まれ育ち、10 年前まで漁師をしていました。10 年前に妻が他界してからは、娘さんは「同居はできないが近くに転居すること」を希望していましたが、友人も多く一人暮らしを長年続けてきました。脳梗塞、糖尿病が悪化し、入院をきっかけに説得し、娘さんの住む町の高齢者向け住宅に転居してきました。

Ｂさんは、入居してすぐに物忘れや混乱があり、訪問介護を利用し、住宅に併設している通所介護のサービスを利用しながらなんとか生活していましたが、徐々にサービスの拒否や部屋から出てこないなどの状態が続き、相談員が訪問すると部屋の中は尿臭があり、失禁があり身体機能が低下していることが伺えました。住居の中での行事やサークルなどに誘いますが拒否があり、生活全般に意欲低下がみられます。

以上の状況は、転居し高齢者向け住宅に入居する高齢者にとって起きやすい例です。

Ｂさんの担当の介護支援専門員を中心にして、関係する事業所や住居の相談員、娘さんも入りサービス担当者会議を行いました。

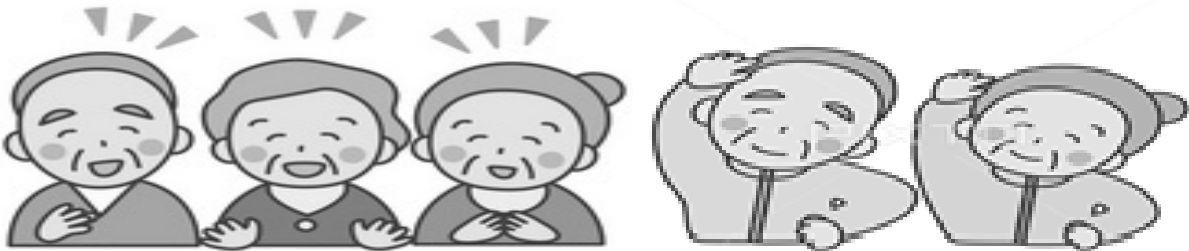
① Ｂさんの人間関係の構築:話し相手ボランテイア　漁業の経験のある高齢者と高齢者向け住宅の相談員が時間を取りゆっくりと話を聞く。

② 定期巡回随時対応訪問介護看護に切りかえることで､頻回の介護と看護での病状管理を行う。

③ 娘や孫の訪問を増やす。

２ヶ月後、訪問介護の担当者の訪問時には会話を楽しんだりし、訪問を心待ちにしている様です。また、生活援助で尿臭が無く清潔が保て、他の入居者とも少しづつお話ができるようになりました。訪問看護も定期的に訪問し、主治医と連携して病状管理をしています。

娘さんやお孫さんが週一回の訪問をするようになり､娘さん宅にも時々泊まりに行くことも増えました。相談員が住居行事の年末の餅つきに誘うと、顔を見せ笑顔も見られ楽しんでいる様子が伺えました。

人間関係が豊かであれば、自然に楽しみながら交流を図ることが出来るようになり、心理的にも閉じこもることを予防できます。また、住居や介護保険サービス等で楽しい企画が多くあることが、高齢者の生活を豊かにして閉じこもりを予防します。
人間は人との関わりの中で生きているのであり、たとえ閉じこもっていたとしても、周囲への関心は持ち続けています。住居の中で、「気持ちを聞くことの出来る」援助者がいて、様々な機会を使い寄り添う援助ができることが、環境を整える上で大切です。

身体的要因の場合は、主治医と相談のうえ出来るだけ早くリハビリテーションを開始し、早い時期にもとの生活に戻ることが大切です。
地域に開かれた高齢者向け住宅では、サービス事業所が併設され、地域住民が様々な形でボランテイアとして、住居の中でのサロン活動を担っている例があります。行政が、生きがいづくり・体操教室として、地域の拠点である住居や介護サービス事業所に補助を行っている所もあります。例えば、地域ボランテイア養成講座を行政が主催し、「ボランテイア主体のサロン」や、「外にどうしても出たくない人への傾聴ボランテイア」など、多彩な取り組みがされています。また、ボランテイア間の輪が広がり、相互に助け合いながら、継続した活動となっている地域もあります。
入居者は長年の経験や仕事から様々な力を持っている方が多くいます。Ｓ市の高齢者向け住宅では、自主的な会「日曜日のモーニングコーヒーの会」、お茶菓子を持ち寄り、気軽に話をするサロンなど、お互いを知りあうような集いもあります。高齢者向け住宅の相談支援員として、地域にある資源をよく知り活用し、入居者の楽しみや喜びを創造する活動も重要であり、外部関係機関との連携を重視することが、より入居者の社会性が発揮されることにもつながっていきます。

【チェックポイント】

□　個々の入居者理解は、喪失体験も含めて生活歴を理解する。

□　住居生活の中の変化を観察する。

閉じこもり・服装の乱れ・居室の整理・交友関係・ふさぎこんだ状態・日常生活動作：歩行・食事・入浴等

□　高齢者を、弱者で援助が必要な存在として捉えない。発達し続ける存在として尊敬の念を持ち、対応する。

参考文献
1)介護・医療・予防研究会(2000)：高齢者を知る事典　気づいてわかるケアの根拠,図書印刷株式会社,238-243
2)川添恵理子・工藤禎子・竹生礼子（2006)：子どもとの近居・同居のために転居した要支援・要介護高齢者の転居したことの自己評価と転居前の準備,日本在宅ケア学会,Vol.10.No.1.39-47
3)竹内考仁（2005)：介護基礎学，医歯薬出版株式会社，108-115

第３章　認知症

Ⅰ　認知症の理解

１　認知症の定義

認知症とは、一度獲得した知的機能が持続的に低下し、社会生活に支障をきたすようになった状態です。

認知症は、①知的障害があること、②脳器質的な要因があること、③意識障害が無いこと、の三つの特性があります。

認知症は、「認知症を有する高齢者人口推移」（図 1）によると、年々増加し 65 歳以上の人口に占める割合も増加していきます。高齢者向け住宅等の相談員は、入居者が歳を重ねることで認知症が出現しやすくなるという意味でも、認知症を正しく理解することが重要になります。

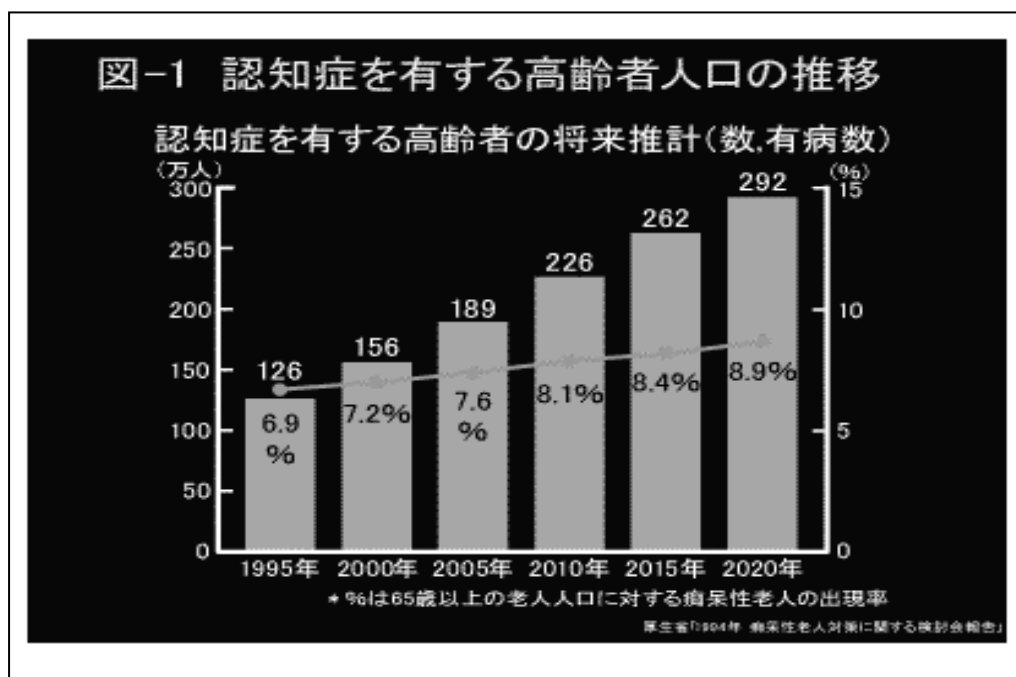



図 1

2　認知症と生理的老化のちがい

誰でも年を重ねると、物忘れが起こります。

生理的老化による健忘と、認知症の違いを表 1 に示しています。

表１

	生理的老化	認知症
もの忘れ	一部分	生活体験全体
自覚	ある （例）食べた献立は忘れるが、 食べた事実は忘れない	ない （例）食べた事実を忘れる
症状の進行	しない	する
見当識（時間・場所・季節等）	保たれる （人・場所・時間）	障害あり
行動（徘徊・妄想等）	問題はない	問題あり
日常生活上の支障	ない	ある

3　認知症の分類

認知症の８割は、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症に分類されます。（図２参照）

また、この二つのタイプが混合したものを「混合型」といいます。ここでは、代表的二つの認知症について説明します。

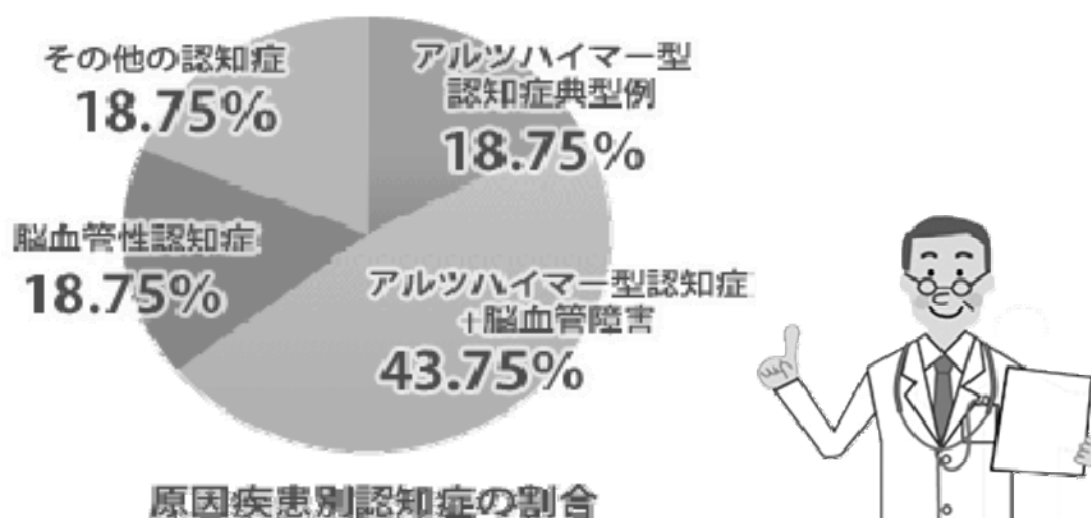



図２

1）アルツハイマー型認知症

広範な脳細胞の衰退で起こり、原因は不明です。ドイツの神経病学者アルツハイマーが報告したので、この名前がつきました。

2）脳血管性認知症

脳梗塞・脳出血・脳動脈硬化などで、脳の神経細胞に栄養や酸素が行き届かなくなることが原因で、起こる認知症です。細胞が衰退し、脳のネットワークが壊れてしまうために、様々な症状が起こります。

２つの認知症の特徴について、表２に示しています。

表 2

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症
症状	初期に顕著な記憶喪失：進行すると、学んできた思考、言語、運動、感覚の機能低下で、生活行動ができなくなる。	感情失禁が見られる。知的機能障害は部分的なことが多く、まだら認知という。日によって、時間によって変動がある。
診断	症状・経過と CT	症状・経過と CT
治療	有効な治療はない。進行を止める内服。	脳梗塞等の医療に準じる。
経過	ゆっくりと進行。	脳梗塞等は再発しやすく、再発すると認知症も悪化する。

4　認知症の症状

脳細胞が壊れることにより、「中核症状」の記憶障害・見当識障害・理解、判断力障害・実行機能障害が起こります。また、「周辺症状」の、不安・焦燥・抑うつ状態・幻覚・妄想・徘徊・興奮・暴力・不潔行為などの具体的な行動表現が、症状として起こります。いずれも、元来の性格・環境・心理状態によって、症状の表れ方は様々です。

1)中核症状の特徴

①記憶障害：昔のことはよく覚えているが、短期記憶といわれる数時間前のことを忘れてしまいます。進行すると、自分の子供・配偶者を忘れる、食べるという行為を忘れる、洋服の着方を忘れるなど日常生活に支障が現れてきます。

②見当識障害：年月・時刻・季節・場所などが、分からなくなります。

③理解・判断力障害：考えるスピードが遅くなり、些細な変化で混乱が起こります。また、2 つ以上の事を処理することが、困難になります。

④実行機能障害：計画を立てて、行動することが出来なくなります。

2)周辺症状の特徴と対応　（図 2 参照）

①しまい忘れから、物取られ妄想へと発展することがあり、さらに複雑な妄想になることがあります。しっかり話を聞くことが必要で、理屈や言い返すことは、更に混乱を深めます。その上で一緒に探す、発想を転換するなどの援助が必要です。

②うまく伝わらないことや、不安の増強などの様々な状況から、大きな声を上げることや暴力を振るうことがあります。高齢者向け住宅等では他者への影響も大きく、入所者間で言い争いになるなど、孤立を深める場合があります。症状が状況する場合、専門医療機関への受診等が必要になる場合もあります。

③見えないものが見えたり（幻覚）、いない人の声がする（幻聴）、という訴えがあります。このような時も、否定する言動や、説得し状況を理解させるというような対応は、更に混乱することにつながります。

④清潔不潔の観念が消失します。入浴や整髪などが出来ない、食品の腐敗、部屋の整理ができない等があります。適切な介護で快の感覚を確認するような援助が必要です。

⑤脳血管性認知症は、「まだら認知症」といって、全てがわからない状態ではなく、取り繕いや、自分を守るために言い逃れをするなどの行動があります。認知症の方のプライドを傷つけないよう対応することが必要です。

⑥原因が不明なことも多いですが、徘徊と多動があります。訴えとしては、「子供が帰ってくるので、帰りたい」、「迷ってしまって（何かに突き動かされるように）」等、多彩な心理状態を背景にしています。徘徊できる条件を整える事や、発生する時間帯に本人が好きなことを予定するなどの対応と、重度で繰り返す徘徊は、衣類にネームや徘徊探知システムを使用する等の対応をする場合もあります。

背景に強い孤独感、不満がある場合が多く、「一緒に外に出て、周囲を散歩して帰宅する」等が有効な場合もあります。介護支援専門員やケアスタッフと連携し、対応の仕方について、意思統一することが必要です。

⑦性行動に関わる卑猥な言動や性行動を繰り返すような場合は、他の入居者等とトラブルを起こす場合もあり、専門医への受診について家族を含めて促し、内服などの治療が必要となる場合があります。

周辺症状

不眠・妄想
物が盗まれたと言う
昼夜が逆転する

暴力・暴言
大きな声をあげる
手をあげようとする

幻　覚
見えないものが見える
いない人の声が聞こえる

介護の拒否
入浴や着替えをいやがる

不　安
イライラしやすい
落ち着かない

抑うつ状態
意欲の低下
興味・関心の低下

異　食
食べられないものを
食べようとする

徘　徊
無意識に歩き回る
外に出ようとする

図 2

5　診断

早期診断で、進行を遅らせる薬の治療などが行われています。また、適切な対応の仕方について、ご家族含めて確認するためにも、軽症のうちに専門医の診断を受けることが大切です。

Ⅱ　認知症がある高齢者の理解

1　認知症のある高齢者とは

人は、生活の中で様々なことを記憶し、言葉を理解し、判断し、経験から学び、問題を解決しながら、他者と関わり日常生活を営んでいます。その司令塔になっているのが「脳」です。認知症は脳機能障害として、様々な症状を引き起こします。

認知症の症状で述べたように、認知症の人は「何もわからないわけ」ではなく、生活のつまずきを感じ、大きな戸惑い・不安・ストレスを感じています。行動を取り繕う行為は、認知症の方が「持っている能力を総動員し行っている」と理解する必要があります。認知症の方が感じている苦悩に、寄り添った対応が大切です。

2　認知症高齢者の対応

認知症のきっかけは、転居や配偶者・親しい友人の死など、環境の変化が影響している場合に急激に悪化すると言われています。高齢者向け住宅への転居は、認知症になる危険因子として捉えることが大切です。入居者が早い時期に、環境に適応できるかで大きく変わってきます。

1)基本的理解と対応の原則

認知症は、高齢になれば誰にでも発症する可能性があります。生じている行動（症状）は、障害と捉え接することが重要です。認知症を有していても、穏やかな気持ちで日常生活を送ることが出来るように援助することが大切です。また、その人の自尊心を傷つけるような態度や言葉は､更にその症状を悪化させ､その方を混乱させることにつながります。その方を尊重し、その方のペースに合わせた対応をすることが基本　　です。対応の原則を表 3 に示しています。

表 3

対応の原則
①つらさや悲しみを理解する努力をし、共に受け止めようとする。
②環境を､「なじみがあり、親しみのもてる」ものに整える。
③その人の生きてきた歴史から、行動を理解する。
④行動の動機をさぐり、理解する。
⑤些細な変化を見逃さず、安定した生活を想像する。
⑥否定せずに、相手の世界に付き合う。

2)コミュニケーション

認知症の高齢者は、何度も同じことを繰り返して尋ねることがよくあります。相手の話を十分に聞き、相槌を打ちながら聞きましょう。認知障害があっても、感情や情緒は変わりなく残っています。自尊心を傷つけずに、受容的でゆとりのある態度で、落ち着いて接することが大切です。「さっきも言ったでしょう」､「そんなことはない・・」などの対応では、自尊心を深く傷つけられたことに対する怒りから、混乱が更に強くなることにつながります。

また､「物を盗られた、いないものが見えるように話す｣等、現実に無いことを言ったり

する場合があります。このような場合も、否定せずに「相手の現実」にあわせ取られたものを一緒に探したり、代わりのものを見せて戻ってきたことを示したり、といった対応をします。

認知症が進行した場合は、考えを引き出すような質問「開かれた質問」ではなく、答える選択肢が限られている「閉じられた質問」のほうがより安心できます。その上で、認知症の方がお話をしてきた場合、傾聴しながらコミュニケーションを続けることです。例えば、食事の希望を尋ねる際に「お昼ごはんは何が食べたいですか？」という問いよりも「お昼ご飯は、魚にしますか？肉にしますか？」というような答えやすい質問を投げかける方が、認知症高齢者にとっては緊張しないで答えられます。

コミュニケーションのポイントを表 4 に示しています。

表 4

コミュニケーションのポイント
①見守る
②余裕を持ち、穏やかに、ゆっくり対応する
③声をかけるときは一人で、目線を合わせ、話に耳を傾ける
④後ろからは、声をかけない

以下　認知症の利用者対応について、個別ケア[1]（パーソン・センタード・ケア）を参照に、良くない対応例を示します。**Ａさんは、高齢者向け住宅の入居者さんです。**

① 怖がらせること：言葉による脅しや物理的な力を使って、恐怖心を抱かせる。

食堂で食事が進まない入居者に対して、「Ａさん食事が進まないね・・全部食べないと奥さんに言いつけるよ！」と話す。

② 後回しにする：認知症の人が接触を求めているのに、気づかないふりをする。

食事時間となり、あわただしく入居者の誘導をしている中で、認知症のＡさんが椅子に座り、手を伸ばして何か言おうとしているが、Ｂさんを歩行誘導中だったため、その手を避け、そのままＢさんの介助を続けた。

③ 急がせること：認知症の人が理解できない速さで情報を伝えたり、急ぐことを強要する。

食事介助中、Ａさんの口の中はまだいっぱい入っているが、もっと早く食べるように促す。

④ 子ども扱いする：幼児であるように扱う。

Ａさんの食事終了後に、「お利口さんだね」という。

⑤ レッテルを貼る：好ましくない表現で呼んだり、扱ったりする。

食事を取らず落ち着かないＡさんについて、職員同士が、「どうせヒステリーだから、放っておこう」とＡさんに聞こえる様に話す。

⑥ 侮辱する：無能・役に立たない・価値が無いというような認識を持つ。

自分で半分まで食事を食べたＡさんに「まったく何やっているの！だめでしょう。自分で食べられないの！」と言う。

⑦ 非難する：出来なかったことについて、その人を責める。

食堂で隣に座っているＢさんの食事を、自分の方に引き寄せ食べようとしたＡさんに「何やっているの！・・これはＡさんのじゃないでしょ」と、強い口調で注意する。

⑧　騙す・欺く：うそやごまかしで、何かをさせようとする。
　食事が進まないＡさんに、「ちゃんと食べたら奥さんに電話してあげるから‥」と言う。
⑨　わかろうとしない：認知症の方が体験している現実をわかろうとする努力をしない。
　食事が終わった１時間後に、「食事をしていない」と言うＡさんに、「そんなことないでしょう、さっき食べたでしょ」と言う。
⑩　能力を使わせない：もっている能力を引き出さない。
　Ａさんが、食事介助をしている職員が持っているスプーンを掴み、自分で食べようとした際に、その手をおさえ介助を続ける。
⑪　強制する：意志を無視し、選択の余地を与えない。
　飲み終わったコップを放そうとしないＡさんの手から無理やりコップを取り上げる。
⑫　中断する：行っている行為を邪魔したり、干渉したりする。
　食事に時間がかかっているＡさんに、「もう時間だから」と言ってお膳を下げてしまう。
⑬　人として扱わない：物のように対応する。
　食事終了後のＡさんに声もかけずに、車椅子を押しデイルームへ移動する。
⑭　差別する：あたかもいやなもののように扱う。
　遅れて食堂にやってきたＡさんに、清掃の人が「邪魔になるから、あっちに座らせて・・」と言う。
⑮　無視する：認知症の人が存在していないかのように、周囲で会話や物事を進める。
　Ａさんの頭越しに「今日はいつもよりひどくなかったよね」と話している。
⑯　除け者にする：仲間はずれにする。
　食事が終ったあとで、再度Ａさんが食堂に来たとき、「部屋に行きなさい！」と追いやる。
⑰　あざける：からかい、馬鹿にする。
　歩いているＡさんのズボンが、ずり落ちているのを見て、指を刺して笑う。

高齢者向け住宅は、様々な職員が認知症の入居者に関わると思います。以上のように、認知症の方の症状が増悪するような対応について述べました。相談員としても対応について理解を深め、どのような対応が良かったか、自身にひきつけて考えて見ましょう。職員集団が、認知症の理解を深め、入居者が安心した生活を目指すことが必要です。

表５は、好ましい対応をする上での基本的な態度について示しています。

表 5

	基本的態度	対応
①	思いやり：心からの愛情・配慮・気遣い	食べられますか、出来ることはありますか
②	包み込む：安心感・くつろぎ	手をとり説明
③	リラックスできる時間：ゆっくりした雰囲気	ペースにあわせる
④	尊敬する：価値ある一員	食事が遅れ申し訳ありません
⑤	受け入れる：あるがままに認める	Ｂさんに別の食事を出す
⑥	喜び合う：認め、励まし、共に喜ぶ	いつもおいしく食べてくれてうれしいです。
⑦	尊重する：かけがえのない人として、尊重する	一人がくつろげますね
⑧	誠実である：望みに気をくばり、隠し事をしない	お部屋に一緒に行って横になりませんか
⑨	共感を持ち理解する：その人の現実を理解し、支持する	母ではないが、出来ることはないですか
⑩	能力が発揮できる：出来ることを見出し、助ける	スプーンを握ることを手伝う
⑪	必要とされる支援をする：どれだけの支援が必要か	スプーンが使えるか見極め、助ける
⑫	関わりが継続できる：関わりが必要か、見極め、助ける	自分で、車椅子をこいでいけますか
⑬	共に行う：対等なパートナーとして、確認する	自分ではどうしたいか、言えるようにする
⑭	個性を認める：特性を認識し、寛容な態度	食後のお茶すぐに持ってきます
⑮	共にある：会話の輪に入るように援助する	良かったら、こちらに来て手伝ってください
⑯	一員として感じられる：その場で、一員であるように	お待ちしていました
⑰	一緒に楽しむ：共に楽しく過ごす	皆と楽しく過ごせる援助

3　認知症高齢者の家族対応

認知症の高齢者介護は、長期にわたることがあります。高齢者向け住宅への転居理由は様々ですが、多くは在宅での暮らしが困難になった人です。ご家族が遠方のため、日常的な援助がなかなか出来ないなど感情的な思いが、家族の側にもある場合があります。入居までの家族の関わりや、入居にいたる経過についてよく理解したうえで、ご家族も援助対象として捉えることが必要です。また、認知症の症状は、「身近な人により強く現れる」傾向があります。もの取られ妄想が、嫁や娘に強く出るのも特徴です。家族は様々な苦労や心の中の葛藤、割り切れない思いを抱いています。話を聞いて、そのような感情を引き出し、共感的に関わることが大切です。

認知症の家族の葛藤は、①自分の親が、そのような状態になったことを受けいれたくな

い、②近しい人に知られたくない、③甘やかすか、厳しく叱りつけるなどを繰り返す、④頑張って介護をするが家族の生活への影響も大きく、何故自分だけがというような理不尽な思い・怒り・拒絶の心理が生じる、といわれます。気持ちの変化としては、図 2 に示すように、戸惑い→混乱・怒り・拒絶→あきらめ・割り切り→受容の経過をたどりますが、繰り返し感情の波があるとも言われます。

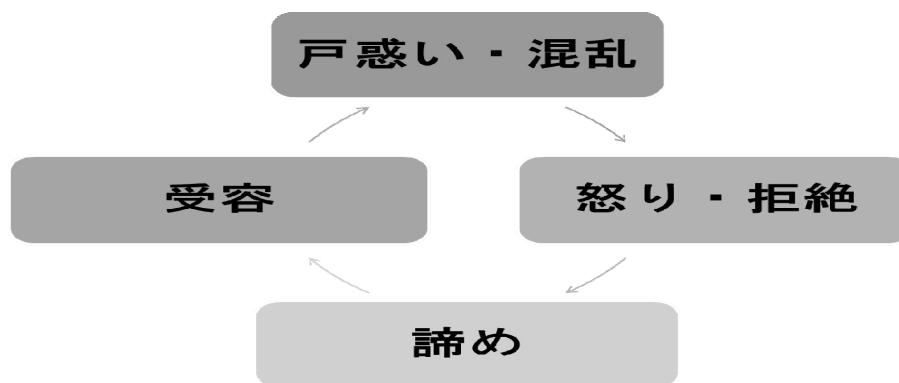



図 2

家族が援助者に求めていることを以下に、まとめています。家族と相談員が両輪となって、援助する必要があります。住居での安定した暮らしぶりなどを伝えるなど、家族への配慮をいつも忘れず対応することが大切です。

表 6

家族が援助者に求めていること
①些細なこと、人にはいえないことを気軽に相談したい。
②家族の事情について、話を聞いて共感してほしい。
③本人から離れ、生活を建て直したい。
④住居のケアスタッフが本人に対し、暖かく接して、支えてほしい。
⑤緊急時に委ねられる病院や対応について、教えてほしい。

【チェックポイント】

□　生理的老化による健忘と認知症の違い。

□　良くない対応例を参考にして、どのような対応をする必要があるか考える。

□　家族が、相談員に求めている内容を理解している。

参考文献

1)　（2006）認知症の人の地域包括ケア　多職種で取り組むステージアプローチ,日本看護協会出版会

2)　ドーン・ブルッカー（水野裕監修）(2010)；パーソン・センタード・ケア,クリエイツかもがわ,122-126

第４章　家族の理解と支援

Ⅰ　現代社会と家族

我が国は、戦後、ＧＨＱの管理下のもとで農地改革、財閥解体や労働者保護など民主化政策が推し進められ、経済は急速に回復し、高度経済成長を成し遂げました。しかし、欧米に追いつき世界で２番目の経済大国になったものの、同時に多くの社会問題が噴出しました。例えば、インフレや公害などの経済、社会問題から地球全体を脅かす環境問題に至るまで様々です。

また、現代社会は、産業の技術革新や情報のＩＴ化等により物質的側面では、たいへん豊かになった一方で、人間の尊厳や生死に関わる内面的側面では、人間関係の希薄化や核家族化などの深刻な社会問題をもたらしています。

社会とは、ある一定の人間の集合ですが、その構成員である「世帯」と「家族」の間には実は相関があります。

一般的に「家族」とは居住と生活を同じくする親族の血縁集団を言います。もちろん、「世帯」も居住、生活を同じくする生活集団で、家族を中心に形成されますが、「世帯」は、その構成員が家族とは限らない点で異なっています。

国による統計調査（国勢調査）では、便宜上、「世帯」が分類されたり、生活保護の支給などでは保護の要否や程度が世帯単位で決定されることから、「世帯」が基本的な社会単位であることがわかります。ただ、重要なことは、「世帯」の変化が、家族の形態、在り方のみならず、社会や経済構造に大きな影響を与えている点に注目する必要があります。表１からは、2010年次における総世帯に占める単独世帯が、30%を超過していることが一目瞭然にわかります。

【表１】　総世帯および世帯の種類別世帯数の割合：1920～2010年

（単位:%）

年次 西暦	総世帯 (100)	一般世帯		施設等 の世帯	普通世帯		準世帯
		総数	単独世帯		総数	単独世帯	
1920	100.00	・・・	・・・	・・・	99.12	5.72	0.88
1930	100.00	・・・	・・・	・・・	99.17	5.46	0.83
1940	100.00	・・・	・・・	・・・	99.11	・・・	0.89
1950	100.00	・・・	・・・	・・・	99.07	5.36	0.93
1960	100.00	99.88	16.49	0.12	95.26	5.06	4.74
1965	100.00	・・・	・・・	・・・	95.84	7.75	4.16
1970	100.00	99.75	20.21	0.25	96.36	10.36	3.64
1975	100.00	99.61	19.45	0.29	97.29	13.18	2.60
1980	100.00	99.47	19.73	0.38	94.70	14.96	5.15
1985	100.00	99.60	20.70	0.32	95.66	16.76	4.26
1990	100.00	99.11	22.88	0.25	95.50	19.27	3.86
1995	100.00	99.53	25.48	0.23	96.31	22.26	3.45
2000	100.00	99.40	27.43	0.22	96.71	24.74	2.92
2005	100.00	98.98	29.17	0.20	96.80	26.99	2.38
2010	100.00	99.79	32.31	0.21	97.86	30.38	2.14

（資料　国立社会保障・人口問題研究所人口統計資料集2012年版Ⅶ．世帯　表7-5より引用）

国立社会保障・人口問題研究所は、日本の世帯数の将来推計（全国推計）をまとめました。これによると、今後、2035年までに「単独」、「夫婦のみ」、「ひとり親と子」の割合がさらに増え、世帯主の高齢化によって65歳以上の高齢世帯が増加します。とりわけ高齢世帯で増加が顕著になるのは、「単独」及び「ひとり親と子」世帯であると予測しています。

つまり、現代社会や家族にもたらした変容の大きな事象は、世帯構成の劇的な変化にあると言えます。特に、単独世帯の増加と同居家族の減少は、地域における相互の支え合いを難くし、期待すべき地域力が損なわれることになりかねません。これらの主たる原因は、少子化と高齢化が同時に、かつ急速に進んでいることがあげられます。　　今、家族のあり方が問われているといっても過言ではありません。戦後、高度経済成長の波に押され、人口の多くが農村部から都市部に一気に流入しました。そして、農村共同体から都市流入者をサポートする社会保障制度の完備等により、核家族をモデルとした現代社会が出来上がってきました。しかも、この経済成長期に形成された家族の姿は、次第に個人尊重の原理によって、変貌を遂げていきました。自由で自立した個を目指すことを望む反面、社会と他人との結びつきを失い、孤立化する人も増加していくことになりました。

今後、第一次ベビーブームに出生した多くの人たちが、６５歳以上の高齢者になります。中には、身寄りがない独居高齢者や、景気低迷から失業等により生活基盤を失い、社会から完全に孤立してしまう高齢者も出現するでしょう。

2012年の厚生労働省のデータによると、独居高齢者は、すでに500万人を突破しました。家族の支えも無く、収入（所得）も十分とはいえない高齢者が独り在宅で孤立死してしまうケースや、罹患し在宅生活が困難になっても病院にも介護施設にも、入院あるいは入所できない実態が、最近では深刻な社会問題になっています。

４人に１人が高齢者となる超高齢社会が間近に迫っています。高齢者の居場所づくりや生きがいづくりが叶うような「自助」、「互助」、「共助」、「公助」に基づく真の共生社会の実現が求められています。

Ⅱ　家族への支援

社会福祉の領域では、児童福祉、高齢者福祉、障害者福祉などそれぞれの分野に応じて、支援する法令が整備されています。しかし、家族への支援、家族福祉となるとその捉え方は、容易ではありません。なぜなら、家族のあるべき姿をどのように捉えるかによって方策は異なるうえに、支援の対象となる家族が抱えている問題の解決には個別性が求められるからです。

介護保険制度施行下の今日でも、制度の狭間で十分な支援を受けられなかったり、あるいは、医療保険や介護保険の自己負担分の支払が困難になるなどの経済的な事情でサービスを利用しない、あるいはできない高齢者も増加しています。

このようなもとで家族が在宅介護を余儀なくされてしまう場合、その家族の殆どが、問題を独りで抱え込んでしまい、孤立化し、追い込まれ、過度なストレスから精神的に破綻してしまうケースが多く、問題が深刻化してしまう傾向にあります。このような家族は、既に家族崩壊の危機に瀕していることが多く、ソーシャルワーカーなど専門職の介入が適宜になされないと、虐待など不適切なケースに発展してしまうことも少なくありません。従って、これらの危機に遭遇している家族に対しては、何が問題となっているのか、その問題のコアに言及し、課題解決を目指したアプローチが必要となります。

Ⅲ　家族支援へのアプローチ

アメリカの代表的なソーシャルワーク理論家であるＨ．パールマンの問題解決アプローチ理論を紹介しましょう。パールマンは、人が生き、社会的に機能させることは、問題解決のための過程と考えました。要支援者と援助者との役割関係を重視し、ケースワークを問題解決のプロセスと捉え、その中にある４つのＰである①問題（Problem）、②人（Person）、③場所（Place）、④過程（Process）を一定の要素として確認し、特に、④の過程を重視しました。介護施設であっても、また、サービス付き高齢者向け住宅の相談員であっても、個々の課題を抱えている高齢者と向き合う場合は、１対１の対等な関係性の中で信頼関係を築いていく作業が必要となります。パールマンは、この過程を重視したのは、専門的援助者であるソーシャルワーカーと利用者とが日常からやり取りしながら進んでいくプロセスであり、共に問題解決を目指していく作業であると考えたからです。

以上のアプローチ方法を踏まえて、利用者の家族を支援する際、次の事柄に留意していく必要があります。

１　家族の思いに共感し、傾聴する姿勢をもつ

援助者は、課題解決を急ぐために家族の意見や要望を丁寧に聞くという過程を経ずに処理してしまうことがあります。家族でなければわからないことや、家族でないから客観的に理解できることもあるので、まず、家族の思いに共感し、寄り添いながら、問題の本質を見極め、進めていくことが大切です。

ただし、受容、共感と一方的な感情移入とは違うので、利用者の言いなりではなく、相互性と共感性を尊重します。

２　必要に応じて外部専門家に入ってもらう

利用者は、施設や高齢者住宅に家族と別居し、生活しています。日頃、面会等で来所することはありますが、同居していないこともあり、家族は、利用者の日頃の生活状況について心配したり、不安に感じることが多いものです。特に、利用者と家族間に関係が悪化している場合は、その問題の深さや影響によって、家族で問題を共有し、どのように解決を図るべきか考えていく必要があります。通常では、相談員が介入しますが、問題が深刻な場合は、臨床心理士や精神科医師などの外部の専門家に相談し、関与してもらうことも効果的です。

３　家族支援のためのサービスの企画立案

利用者のサービス提供を通じて家族を支援するという視点も重要です。家族と交流できる行事や、家族から利用者以外のことで相談された場合も適切な相談機関を教えるなど、また成年後見制度などの講演会を開催するなど、家族支援のための企画、立案を策定し、提案していくことも効果的です。

第５章　集団生活におけるケア

Ⅰ感染症の予防と対策

１　感染症の予防対策と発生時対応の重要性

近年、高齢者施設において、インフルエンザ・ノロウイルス・腸管出血性大腸菌などの感染性胃腸炎、疥癬などが集団発生し、重症化や死亡に繋がった事例が報告されております。感染症の予防対策と発生時に適切な対応をすることは高齢者の生命の安全を確保するうえで重要な取組みです。

２　施設としての感染症対策

1)感染症対策で重要なことは、被害と不安を広げないことです。

感染症対策は予め施設で対策マニュアルを決めておき、職員がいつでも見られるようにして訓練しておくことはいざというときに役立ちます。

感染症予防に備え、普段からどの程度の対策が必要かを考え実践することが感染症予防や感染被害を最小限にするためには重要になります。すべての病気を細かく知る必要はなく、感染症とはどういうものかを理解し発生しないような予防策を知っておくことが重要です。しかし、感染症の発生を全て未然に防ぐことはできません。予防策を講じると同時に感染症が発症した際の「早期発見・早期対応」にも取組む必要があります。

発生後の対応において重要なことは、感染と同時に不安や心配も一緒に広がってしまうので、利用者や家族に対して丁寧にきちんと説明できるようにしておくことです。

2)感染源を早く突きとめ感染経路別の対策を行います。

感染症対策には、①感染源がどこにあるのか、②感染経路はどういうものか③どのようにうつるかを理解し、どこを重点的に対応すれば感染症が収まるかを把握することが重要で、感染源がわかれば消毒したり、隔離したり、適切な対処方法を選択できます。

次に感染経路が直接的なのか、間接的なのかを感染症の種類から判断し対処します。感染経路を知り、感染経路別に対処することが被害を最小限にする鍵となります。
（図１・表１感染経路別対策参照）

3)感染対策の基本となる「標準予防策」を徹底します。

標準予防策（スタンダード・プリコーション）とは、「全ての人（施設利用者・職員など）が何らかの病原体をもっていると仮定して日常的な対応を定めたものです。
（表２標準予防策及び図２手洗い、図３手指消毒、図４手袋の外し方を参照）

施設は、感染予防の基本となる標準予防策やうがい、咳エチケットを徹底するための教育及び物品を準備することが必要です。（図５うがいの方法参照）

また、汚物や廃棄物の適切な処理や温度・湿度の調整、換気など住環境の整備により、感染源になる細菌やウイルスを繁殖させない環境をつくります。
（表３消毒一覧及び図６処理方法を参照）

図１　感染症予防対策

感染対策の基本は、①**感染させない**こと
②**感染しても発症させない**こと
すなわち感染制御であり、適切な予防と治療を行うことが必要

そのためには ↓

①感染源（病原体）を**持ち込まない**こと
②感染源（病原体）を**広げない**こと
③感染源（病原体）を**持ち出さない**こと　が重要

その基本となるのが ↓

「標準的予防対策」と「感染経路別予防策」

表1　感染経路別対策

感染経路		特徴	感染対策	主な病気
空気感染		咳・くしゃみで発生する飛沫（５μ以下：飛沫核）が空気中を浮遊し、吸い込むことで感染。空気の流れによって広範囲に飛散する	必ず個室対応。職員はマスク着用。面会制限。食器は通常の下膳。清掃は通常の方法。	結核、麻疹（はしか） 水痘（みずぼうそう）
飛沫感染		咳・くしゃみで発生する飛沫（５μ以上）を吸い込むことで感染。飛沫は通常１～２ｍ以内で床に落下する	原則個室対応。職員、入居者はマスクを着用。食器、ゴミは通常の廃棄で良いが痰や鼻汁などが付着したティッシュやリネンは分別回収。清掃は通常の方法に加えて１日１回アルコールで清拭。	かぜ、インフルエンザ レジオネラなど
接触感染	接触感染	皮膚や粘膜にいる感染源が手指や衣類を介して感染	個室対応。ｽﾀﾝﾀﾞｰﾄﾞ・ﾌﾟﾘｺｰションの手指衛生（手洗い、手指消毒用ｱﾙｺｰﾙ、手袋）を特に重視して対応。痰や創から病原体が検出されている場合は、できる限り創を被覆し使用済みガーゼなど別回収し廃棄する。清掃は通常の方法。ベット周囲と手の触れる箇所はｱﾙｺｰﾙ消毒。リネン類は別回収。	ＭＲＳＡ 疥癬など
	経口感染	感染源に汚染された水や食べ物、手指などを通じて口から体内に入ることで感染	個室対応。嘔吐物や排泄物はマスク・エプロン・手袋を着用し、0.5%次亜塩素酸ﾅﾄﾘｳﾑで拭いた後、飛び散らないようにビニール袋に密封処理して廃棄。使用した物品は加熱（85℃１分間）、または0.2%次亜塩素酸ﾅﾄﾘｳﾑにて消毒する。清掃は0.1%次亜塩素酸ﾅﾄﾘｳﾑで拭いた後、水拭きする。	Ｏ－157、ノロウィルス、赤 コレラ、Ａ型肝炎、食中毒な
	血液感染	血液内の感染源が注射や傷口への接触などにより、体内に入ることで感染	血液の処理は、手洗い→手袋→処置→手洗いの手順を守る。備品や床などに付着した血液は、ﾍﾟｰﾊﾟｰﾀｵﾙで拭き取り、0.1%次亜塩素酸ﾅﾄﾘｳﾑで拭き取る。血がついたものは、手袋を着用し、水道水で水洗い後に、0.05%次亜塩素酸ﾅﾄﾘｳﾑに、30分以上浸しておく。血液や体液で汚れたゴミは、ビニール袋に入れて廃棄する。歯ブラシ・くし・ブラシ・カミソリ・ｼｪｰﾊﾞｰ・便・尿器・リネン類は個人専用にする。	Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎 エイズなど

※　感染経路とは
感染を生じた個体（人や動物など）や環境に存在する病原体が、未感染の個体に到達して新たに感染を起こす経路をいい、 病原体によっては、複数の感染経路を介して感染を生じる場合もあります。

※　飛沫核とは
咳やくしゃみをした場合に発せられる飛沫のうち、直径0.1～0.2μ以下の小さなものは、口から発せられた後、落ちる前に水分がすべて蒸発して、中の病原微生物などの固形物（飛沫核）空気中に漂いだすといわれています。

※　飛沫とは
咳やくしゃみを発した時に、口から大量の水滴を放出します。この水滴の飛沫のうち直径が比較的大きなものは床に落ちますが、この飛沫の中には大量の病原菌が含まれており、床に落ちる前にこの飛沫を浴び、吸い込むことによって起こる感染が「飛沫感染」です。

感　染　経　路
空気感染
飛沫感染
接触感染
感染源
感受性宿主

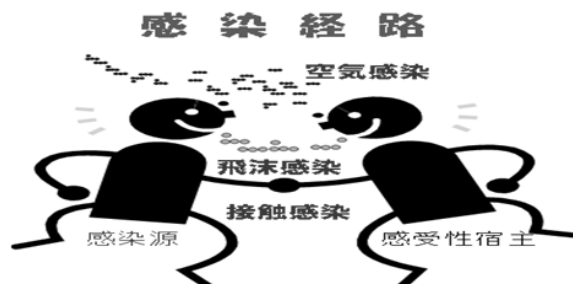



表2　標準予防策（スタンダード・プリコーション）

予防方法		予防策を実施する状況
基本の4原則	手洗いの実施	血液、体液、分泌物（痰、唾液、嘔吐物）、障害のある皮膚（傷、湿疹）、粘液、排泄物（便、尿）などに触れた場合、手袋の有無にかかわらず、必ず手（素手）を洗う。
	使い捨て手袋の使用	血液、体液、分泌物（痰、唾液、嘔吐物）、障害のある皮膚（傷、湿疹）、粘液、排泄物（便、尿）などに接触する可能性のある場合、使い捨て手袋を使用する。
	マスク・ゴーグル・ガウンの使用	眼、鼻、口に、血液、体液などが飛び散る可能性がある場合、マスクやゴーグルを使用する。 血液、体液、分泌物、排泄物（便、尿）などが衣類に付着するに接触する可能性のある場合、ガウンを着用する。
	物品の個別化	血液や体液（汗以外）が付着するすることのある物品は共有せず、個人専用とする。
汚染した器具やリネンの消毒等		リネンや機器などが汚染した場合は、決められた安全で適切な方法で消毒・処理・清掃を行う。
咳エチケット（マスクの着用）		①　咳やくしゃみをする時は、ティッシュ・ハンケチなどで鼻と口を押さえ、他の人から顔をそむけてウィルスの飛散を防ぐ。 ②　咳やくしゃみがある時は、マスクを着用する。 ③　鼻を咳を出す場合は、ティッシュを使用し、使用したティッシュはすぐにゴミ箱に捨てる。 ④　①と③をした後は、手洗いや手指消毒をする。

※　標準予防策（スタンダード・プリコーション）とは
全ての人（施設利用者・職員など）が何らかの病原体をもっていることを仮定して日常的な対応を定めたものです。
①血液②汗を除く分泌物・排泄物③傷のある皮膚④粘膜などの湿性生体物は、感染性をもっている可能性があるという考え方を基本とする感染対策です。

※　咳エチケットとは
咳やくしゃみによって飛ぶ唾液（飛沫）によって拡がる微生物を、咳やくしゃみをする人自身が拡げないように防止する対策のです。
咳・くしゃみなどの呼吸器症状のある全ての患者・面会者・職員（ボランティアも含む）が行うことが推奨されています。

手洗い･手指消毒･手袋着用の重要性

感染予防の基本戦略は、「手洗いに始まって手洗いに終る」といわれるほど、手洗いが重視されています。感染予防のためには、「１ケア１手洗い」の徹底が必要で、日常の介護場面での感染対策が有効です。

図2手洗い

① 汚れが落ちにくい部分は、注意してよく洗う
⇒20秒以上かけて洗う
② 蛇口の栓は手首や肘関節等を使い開閉できるものが望ましい
③ 衣類や床に水がはねないように注意する
④ ペーパータオルはノータッチでゴミ箱に捨てる
⑤ 必ず流水で洗い、溜めた水では洗わない
⑥ 爪は短く切る
⑦ 手袋は手洗いの代用にはならない
⑧ 腕時計、指輪は外す

色の赤いところほど汚れの落ちにくい箇所です。

図3手指消毒(消毒液)

❶ 噴射する速乾性手指消毒剤を指を曲げながら適量手に受ける

❷ 手の平と手の平をこすり合わせる

❸ 指先、指の背をもう片方の手の平でこする(両手)

❹ 手の甲をもう片方の手の平でこする(両手)

❺ 指を組んで両手の指の間をこする

❻ 親指をもう片方の手で包みねじりこする(両手)

❼ 両手首までていねいにこする

❽ 乾くまですり込む

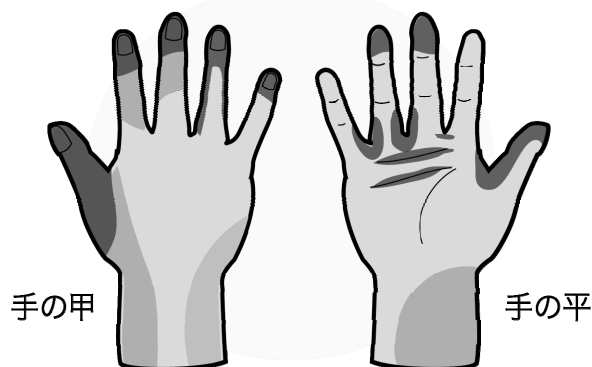



図4手袋の外し方

※手袋使用の目的

着用する職員本人の感染を予防することと、
職員を介した感染を防ぐことにあります

①手袋を着用するタイミング
血液、体液、分泌物(痰、唾液、嘔吐物)、
障害のある皮膚(傷、湿疹)、粘液、排泄
物(便、尿)などに触れた場合、
例)嘔吐物、排泄物の処理・口腔ケアなど

② 手袋を着用する前に必ず手を洗う

③ 手袋を着用しているときには、清潔な物品や、
他の人に触れる前には、手袋を外し、手を洗う
手袋を外した後には、フタのできる容器に入れて
処理する。すぐに手を洗う

図5うがいの方法

うがいの方法

あなたは普段、どのような“**うがい**”をしていますか？
効果的なうがいの方法をマスターして、感染症を予防しましょう！

うがい液を口に含み、唇を閉じて頬の筋肉を動かし、「**グチュグチュ**」と行います。

つぎに上を向いて、「**オ～**」**と発声**してのどを洗います。（声が震えはじめると、口蓋垂（こうがいすい、“のどちんこ”のこと）の奥へ届いている証拠です）

冷たいうがい液が口中で温かく感じてきたら、吐き出してください。

1～3を数回繰り返します。

うがいの効果

うがいは、口腔や喉を洗浄して、細菌やちり・ホコリなどを粘液と一緒に除きます。
また、喉を適度に刺激して粘液の分泌や血行を盛んにしたり、喉の潤いを保って、線毛運動の衰えを防ぐという効果が考えられます。

うがいのタイミング

- **帰宅時**
- **人込みから出た後**
- **喉が乾燥したとき、調子が悪いとき**
- **空気が乾燥しているとき**
- **静養している方の居室に入るとき**
- **口腔内の菌数が１日のうち一番多くなる、朝起きたとき、など**

表３　消毒一覧

※基本的に通常の除菌・消毒にはハイブリーチを使用する。（5%のものとして計算）

用途	濃度	希釈量 （水１ℓ に対して）	使い方
ガラス・プラスチック製品の洗浄、清拭、除菌 例　ガーグルベースン 　　サクション瓶 　　ネプライザー　他	0.02%	4mｌ	30 分くらい（汚れのひどいときは少し長めに）浸した後水ですすぐ。浸せないものは、液に浸した布を絞って拭いた後、水拭きをする。
血液･体液などで汚染された床の清掃 （汚れがひどい時）	0.　1% （0.5%）	20mｌ （100）	血液をペーパータオルでふき取り、ビニール袋に入れて捨てる。ふき取った後を本剤の５倍希釈液をしみこませたペーパータオルで拭き取る。ただし、傷みやすい材質への使用では最後に水で拭き取る。
配送用具などの清掃 例　ワゴン・配膳車 　　オムツカート　等	0.02%	4mｌ	希釈液に浸した布をしぼって拭いた後、水拭きをする。（スプレーしてから拭いても可）
浴槽、風呂桶、腰掛けなど入浴用の椅子のシート	0.02%	4mｌ	同上
トイレ、便器（ポータブル便器、差込便器）尿器等の除菌と除臭	0.1%	20mｌ	液に浸した布で拭いた後、水拭きする。（酸性タイプの製品と混じると塩素ガスが発生して危険）
ふきん、おしぼり、タオルなどの漂白、除菌、除臭	0.05%	10mｌ	希釈液に 30 分くらい（汚れがひどいときは少し長めに）浸した後、水ですすぐ。
衣類のシミ（血液など）の漂白、除菌、除臭	0.05%	10mｌ	希釈液に30分くらい浸し､水ですすぐ。（生地を傷めることがあるので ３ 時間以上は浸さない）
食器の漂白、除菌、除臭	0.05%	10mｌ	本剤の 100 倍希釈液に 30 分くらい（汚れのひどいときは少し長めに）浸したくあと水ですすぐ。
体温計、ステート、耳かき、爪きり等	消毒用アルコール綿で拭き乾燥させる。血液がついたものは可能な限り洗浄し、ペーパータオルなどで乾拭きした後、アルコール綿で拭いて乾燥させる。		

＜　塩素消毒の使用例　＞

① 製品名：塩素製剤であることを確認してから使用してください。

② ピューラックス（次亜塩素酸ナトリウム 6%）　※ハイブリーチがこれに該当します。

③ キッチンハイター（次亜塩素酸ナトリウム 5～6%）

＜注意事項＞

① ブリーチは熱湯で使用しない。

② 酸性タイプの製品、食酢、アルコールと混ざらないようにする。

③ 目に入ったときはこすらず、すぐに流水で 15 分間洗い流し、眼科医に相談する。

④ 皮膚についたときはすぐに水で十分洗い流す。異常が残る場合は皮膚科に相談する。

⑤ 目にしみたり、咳き込んだり、気分が悪くなった場合は使用をやめてその場を離れ、洗顔・うがいをする。

図 6　処理方法について

１．マスク、使い捨てのガウンまたはエプロン、手袋（２枚重ね）をする

２．バケツに消毒液（0.1%ﾌﾞﾘｰﾁ消毒液）を入れ、その中に新聞紙やタオルなどを浸す

３．まず、新聞紙で嘔吐物を取り除き、次にタオルで拭く

４．拭き取った新聞紙やタオルはビニール袋へ入れる

５．全て入れ終わったビニール袋の口をしっかりと縛る

６．嘔吐物入りのビニール袋を、別のビニール袋へ入れる

７．同じ袋に使用した手袋なども一緒に入れ、しっかりと縛る

８．嘔吐物を拭き取った場所は、０.１％ﾌﾞﾘｰﾁ消毒液で湿らせたタオルなどでしばらく（１０～３０分）覆っておく

※ ブリーチ消毒液は、１０分くらいしたら水で拭く

９．処理後は、しっかりと手を洗い、うがいをする

3　職員の役割

職員は、感染症を正しく理解し、第一には、感染症の予防対策ができること、第二には感染症発生時に適切な対応により感染の拡大を防ぎ、二次感染を防止することが重要な役割です。

4　事業所に求められる取組み

1)感染対策マニュアルの整備

各種感染症予防・発生時対応・二次感染防止などのためのマニュアルを作成します。
（表１感染経路別対策参照）

2)職員教育

日常生活の中で感染予防に対する衛生管理をすることや感染症をもつ利用者に対して過度な不安や恐れをもたずに適切に対応するために、各種感染症の知識の習得・標準予防策の徹底・職員自身の健康管理などを学びます。

3)入居者への感染防止対策の周知

手洗い・うがい、咳エチケットなどを周知徹底すると共に、食堂、洗面所、浴室など共用スペースの使用ルールを作成し、遵守するよう奨励します。

4)来訪者への感染防止対策の周知

手洗い・うがい・咳エチケット・食品の持ち込みなどへの注意などについて周知します。

5)生活環境の清潔と消毒

高齢者が集合する住宅では、入居者・来訪者・職員などが接触する機会も多く、共用するス

ペースなどもあるため、トイレ・浴室・汚物処理室・キッチン・洗面台のシンク・テーブル・イス・手すり・ドアノブ・水道のコックなど、ウイルス・細菌・カビ等が常在しやすい箇所は特に清潔に管理します。

感染症の流行時や発生時は希釈した次亜塩素酸系の消毒液などを用いて拭き取ります。（表３消毒一覧参照）

また、換気、温度・湿度調整や清掃も大切です。

6）定期的な関係機関との情報交換

保健所・市町村介護保険担当部署、保健ｾﾝﾀｰなどから、発生の動向･警告発令などの情報を収集し、感染防止への対応に努めます。

7）感染症発生時の初動シートの作成とそれに基づく行政機関への報告

職員の役割ととるべき行動を明示した連絡網を整備し迅速に対応します。

（厚生労働省「感染症発生時の対応」を参照:PDF1）

8）初期対応キットの整備

手袋・エプロン・マスク・ビニール袋・ペーパー・タオルや布・消毒液・汚物容器・対応手順カード等の使用物品を用意、いつでも使えるようにしておきます。

9）協力医療機関との連携

利用者の健康管理に関して相談、助言できる医師・看護職などを確保し、早期の段階で医療機関受診・検査などの対応システムを整備します。状況に応じて予防接種に関した相談も行います。

※医療機関で届け出が必要な感染症と判断された場合は最寄りの保健所に届け出ること。

10）搬送先病院の確保

入院が必要な場合は迅速に対応します。

11)職員の安全対策

職員が感染しないように､職員の健康管理をすることは重要です｡定期的な健康診断の実施、日常から標準予防策を徹底し、健康管理を心がけるようにすると共に、咳や発熱などの症状がある場合は休ませるようにします。スタッフが感染した恐れがある場合は、ただちに上司に報告し迅速に対応します。また、感染防止のために予防接種を受けるなど,職員自身が健康管理をすることで感染しないようにコントロールすることが必要です。

12)相談員や関係職種による感染症の予防と対策に関する検討会議の実施

感染症の発生動向などの情報に基づいて予防策を実施するとともに､日常的なケアにおける衛生管理の実施状況や課題などを把握し､定期的な会議を開催し協議します。

５　感染症の基本的な知識

１）感染と感染症の違い

「感染」とは、ヒトに対して病原性を持ったウイルスや細菌、真菌などの「病原微生物」がヒトの体内に侵入し、増殖した状態を指します。したがって、たとえ病原微生物が体内に侵入しても、増えなければ感染ではありません。

「感染症」とは、病原微生物がヒトの体内に侵入して増殖し､それによってヒトに有害な影響を及ぼすか、またはヒトの生体の防御反応が起こり、ヒトに対して好ましくない反応を引き起こされた状態、すなわち発症した状態を指します。

「感染」と「感染症」は同一のものではありません。これにより、以下の事実を挙げることができます。

①インフルエンザやノロウイルスなどの病原微生物がヒトの体内に侵入・増殖し「感染」した場合、全員が発症し、「感染症」を引き起こすものではありません。

②感染しても全く症状を示さない「不顕性感染」者も存在し、インフルエンザなどでは高熱をきたさない、いわゆる感冒症状で終わってしまい、インフルエンザに罹ったとは周囲も、本人も思わない「軽症例」も少なくありません。

③「感染」後、病原微生物がさらに増殖し、「感染症」となるまでには、必ず「潜伏期間」が必要です。

２）感染経路と感染対策

ヒトが感染症を発症するには、まず病原微生物に感染しなければなりません。感染するために「感染経路」が存在します。病原微生物が体内に侵入するための窓口は、鼻や口、あるいは一部には皮膚、粘膜などで、「感染経路」とは、この侵入の窓口まで病原微生物が到達する経路を指します。

感染対策を行うためには、さまざまな感染症についての「感染経路」を正しく理解しておく必要があります。正しく理解しないまま感染対策を漫然と行うことは、実際は効果的でない対策を行いながら適切な対策を実行していると誤解してしまうことにつながりかねません。

施設内で発生する主な感染症の感染経路と感染対策を表１に示しましたので、参照し有効な感染対策を講じる必要があります。

3)施設で発生する主な感染症対策

(1)インフルエンザ

インフルエンザウイルスは感染力が非常に強いことからウイルスが施設内に持ち込まれないようにすることと感染経路を理解し、日常生活から感染予防対策を徹底することが重要です。

①特徴：インフルエンザは普通のカゼ症候群と異なり、３９℃以上の高熱、頭痛、関節痛等の全身症状が強く、併せて咽頭痛、鼻汁などの普通の風邪と同様の症状も見られる。また、インフルエンザ脳症や高齢者の肺炎など重大な合併症を伴うこともあります。

②流行期：１２月～３月下旬

③潜伏期間：１～３日

④感染期間：発病後３日程度までが最も感染力が強い時期です。

⑤感染経路：飛沫感染・接触感染

⑥予防接種：インフルエンザワクチンの接種者と未接種者の把握（未接種者は重症化する恐れがあります）

⑦インフルエンザ発生時：初動シートに準ずる（図７初動シート参照）。個室対応とし、状況に応じて、集団活動（食事、入浴等を含む）の中止や調整をします。

⑧ご利用者･ご家族への対応：職員は、施設生活において利用者・家族に協力を得なければならない事項を説明します。ご家族には、面会の際は、手洗い・うがい・マスクを着用しなるべく短時間にしていただくよう説明します。また、場合によっては、面会を制限させていただくことを説明します。

⑨日常生活上の対応：

ⅰ転倒などが起き易いので必要時移動を介助します。

ⅱ安静にし、休養をとります。

ⅲ食事対応は状態に応じて粥食などの食事形態、食事内容を考慮します。水分補給は通常より多めに摂るようにします。

ⅳ清潔保持（入浴等）は本人の体調に応じて清潔方法を検討します。

ⅴ咳エチケット・うがい・手洗いを励行します。

ⅵ居室から移動する時は可能な限り、マスクをして頂きます。

ⅶ居室環境は温度・湿度を高めに設定します。また、唾液・鼻汁・痰などに使用したテェッシュなどはビニール袋に入れて廃棄します。清掃は通常の方法に加えて１日１回以上消毒用アルコールで清拭します。

⑩職員の対応：

ⅰ居室への入室時にはマスクを装着します。

ⅱ一般的には、職員が最も施設内にウィルスを持ち込んだり、感染を拡大する可能性の高いことを認識して標準予防策、消毒方法を遵守します。

ⅲ日常からの健康管理、予防接種、発症の兆候がある場合は早期に対応するようにします。

(2)ノロウィルス性胃腸炎

ノロウイルスは乳幼児から高齢者に至る広い年齢層で急性胃腸炎を引き起こすウイルスです。

①特徴:

ⅰ感染力が強く、少量(10～100 個)でも発症します。

ⅱ長期免疫ができないため一度罹っても何度も感染します。

ⅲ人の腸管内のみで増殖します。

ⅳ食品からだけでなく、接触や空気などを介して経口感染します。

ⅴ下痢だけではなく、激しい嘔吐の症状が出現します。

ⅵ消毒薬に対する抵抗性が強く、乾燥や酸にも強く、水中でも　長時間生きていることができる非常に厄介なウイルスです。

② 流行期：

11 月から 3 月の主に冬季に多発しますが、年間を通して患者はみられます。

③潜伏期間：

24 時間～48 時間

④症状：

突然出現する激しい嘔吐が特徴的で、下痢・腹痛・発熱（38.0℃以下）のほか、頭痛・筋肉痛などの全身症状も判断材料となります。症状は通常であれば１～２日ほど続いた後、治癒します。また、後遺症が残ることもありません。ただし、免疫力の低下した高齢者では長引くことがあり、激しい嘔吐や下痢による脱水症状に気をつける必要があります。

⑤感染期間：

嘔吐や下痢の症状がなくなっても便にはしばらくウイルスの排出が続きます。患者の便や嘔吐物を処理する際には使い捨ての手袋を使用し、トイレ使用後や調理前の手洗いを徹

底します。

⑥ 感染経路:

接触感染・空気感染。しかし、感染経路の特定は困難です。

⑦ ノロウィルス性胃腸炎発生時の対応：

初動シートに準じます。

⑧ ご利用者･ご家族への対応：

個室対応とし、集団活動（食事、入浴等を含む）を中止します。居室以外への移動はしないようにします。職員は、施設生活において利用者・ご家族に協力を得なければならない事項を説明します。原則ご家族には面会を制限させていただくことを説明します。医師の指示をふまえ制限の範囲を検討します。

⑨居室に必要物品を準備：

居室入口に、使い捨てグローブ・エプロン・マスク・ビニール袋・ペーパータオルや古布・消毒液を浸した布の作り置き・汚物容器など、そのほか本人に必要なものなどをセットにして準備します。

⑩体調の管理：医師の指示を受けます。

⑪日常生活の対応：

ⅰ食事

症状があるうちは状況に応じて中止、あるいは内容の変更を検討します。また、居室にて摂取します。嘔吐や下痢で脱水傾向となるため水分を補給します。（飲水をチェックし、水分がとれない場合は、医師の指示を受けます。）

ⅱ排泄

居室でポータブルトイレを使用します。場合によっては共同トイレも使用しますが、できる限り同一トイレを使用し、使用後の消毒を徹底します。

ⅲ清潔

症状があるうちは入浴を中止して清拭対応とします。症状が落ち着いてからもウィルスを保有していますので入浴順は最後にしてお尻は石けんで丁寧に洗い流します。

⑫消毒方法：

糞便や吐物などの汚物は、使い捨てマスク、エプロン、手袋を着用し汚物中のウィルスが飛び散らないようにペーパータオルなどで静かにふき取り、ビニール袋に入れて密封処理して破棄します。（図6処理方法参照）

⑬本人に使用した物品：

糞便や吐物が付着したものは、乾燥させないように密閉し、加熱（85℃1分間）、または、次亜塩素酸ナトリウムにて消毒します。『表3消毒一覧』を参照し、消毒を徹底します。食事終了後、残菜はビニール袋に入れて廃棄し、食器とお膳は0.05％次亜塩素酸ナトリウムで拭き取りビニール袋に入れて、他のものと区別して下膳します。感染者の居るユニットの配膳車はエレベーター入口で受け渡しをします。（厨房職員のユニットへの出入りを制限）

⑭ リネン類：

汚物などの固形物を取り除き（表3消毒一覧に準じて行う）、ビニール袋に入れて密封し、表示して業者に依頼します。

⑮ 衣類：

汚物などの固形物を取り除き（表３消毒一覧に準じて行う）、他のものと区別してユニット内の洗濯機で洗濯（白物は 0.02％次亜塩素酸ナトリウム液に１０分間浸してから洗濯可。

⑯ベッドサイド環境：

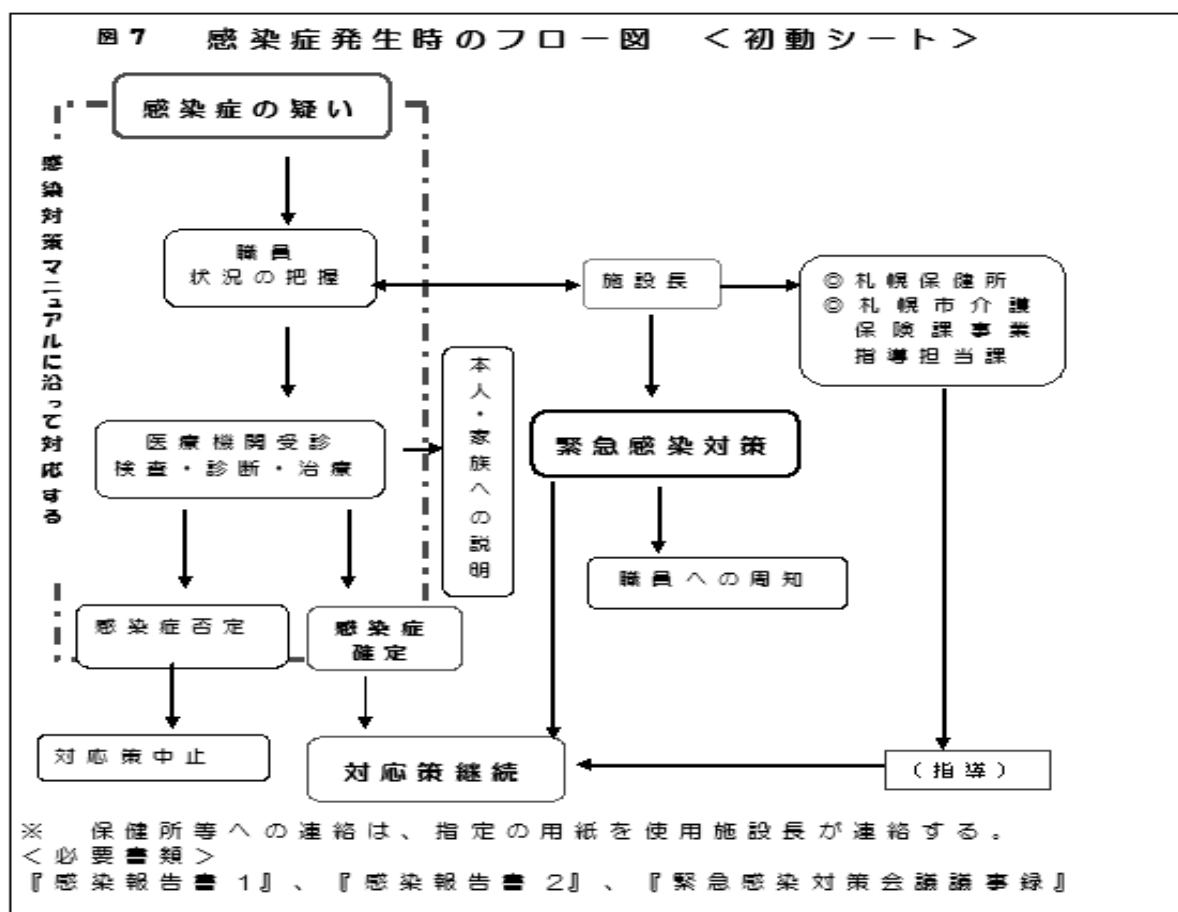
0.05％次亜塩素酸ナトリウム液を浸した使い捨て布やペーパータオルで拭きます。

⑰共有スペース：

0.02％次亜塩素酸ナトリウム液で拭きます。（ユニット内のトイレ、テーブル、椅子、カーテン、手すり、ドアノブ、スタッフルームなど１日１回以上）

⑱そのほか：

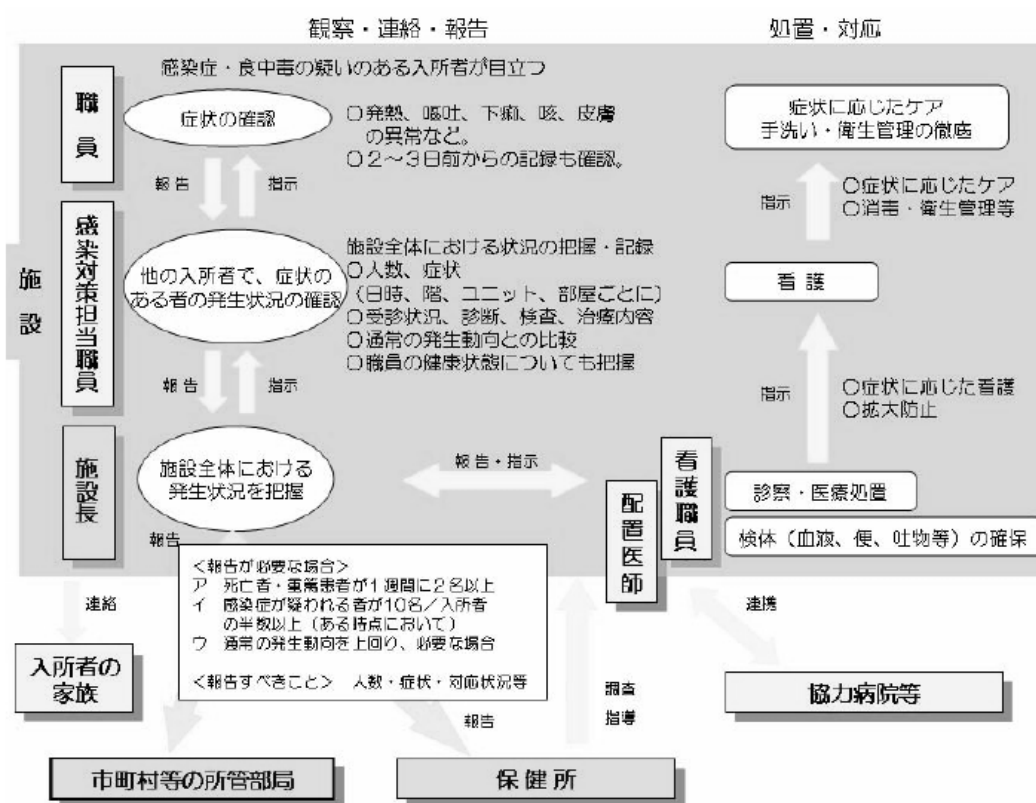
職員はユニットから出る時は手洗い・うがい後、0.05％次亜塩素酸ナトで足元を消毒し、階段を使って移動します。着替えたユニホーム、靴下はビニール袋に入れて持ち帰り、加熱消毒（85℃1 分間）あるいは 0.05％次亜塩素酸ナトリウムで消毒後に洗濯をします。

図７　感染症発生時のフロー図　＜初動シート＞

5．感染症発生時の対応

発生時の対応として、次のことを行いましょう。

①「発生状況の把握」
②「感染拡大の防止」
③「医療処置」
④「行政への報告」
⑤「関係機関との連携」

発生時の対応については、付録１の厚生労働省老健局計画課長通知「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告ついて」（老発第 0222001 号）平成 17 年２月22 日を参照してください。

図４　感染症発生時の対応フロー

１）感染症の発生状況の把握

感染症や食中毒が発生した場合や、それが疑われる状況が生じた場合には、有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録しておきます。

◇ 入所者と職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時、階及び居室ごとにまとめます。
◇ 受診状況と診断名、検査、治療の内容を記録しておきます。

職員が入所者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告する体制を整えておく必要があります。施設長は、報告を受けた場合、施設内の職員に必要な指示を行わなければなりません。

施設長は行政に報告するとともに（→「４）行政への報告」）、関係機関と連携をとります（→「５）関係機関との連携」）。施設医への報告用紙書式については、付録４①の書式の例も参考にしてください。

【参考情報】

● 院内感染の発生及びその動向を、少なくとも重要となる部門や症例群で把握、評価し、改善策を講じること。
・ 病院機能・規模に応じた重要な感染指標の把握、重要指標が変化した場合の対応体制、医師・看護師への指標のフィードバック、改善策実施例
● 病院として院内感染管理に関する情報の収集が行われ、関連部署への情報提供を行うこと。
雑誌の配備、文献検索・インターネットの活用、管理担当者・職員教育に対する病院の支援、情報浸透のための手段確立
（参考：医療機能評価機構評価体系（Ver.4.0）－第２領域患者の権利と安全の確保【（財）日本医療機能評価機構】）

● 感染症の発生に関する情報の収集
１）地域での流行状況
各県レベルで提供・公開されている感染症発生動向調査など
２）施設内の状況
インフルエンザのシーズンに入り、３８℃を超える発熱患者が発生した場合には報告を求めるなど設内の発生動向調査体制を決めておくことが重要である。
（参考：インフルエンザ施設内感染予防の手引き平成１６年度版【厚生労働省健康局結核感染症課、日本医師会感染症危機管理対策室】）

2）　感染拡大の防止

職員は、感染症若しくは食中毒が発生したとき、又はそれが疑われる状況が生じたときは、拡大を防止するため速やかに対応しましょう。

- 発生時は、手洗いや排泄物・嘔吐物の適切な処理を徹底しましょう。職員を媒介して、感染を拡大させることのないよう、特に注意を払いましょう。
- 医師や看護師の指示を仰ぎ、必要に応じて施設内の消毒を行いましょう。
- 必要に応じて、感染した入所者の隔離などを行いましょう。
- 詳細な対策については、「6．個別の感染対策」の関連項目を参照してください。

医師及び看護職員は、感染症若しくは食中毒が発生したとき、又はそれが疑われる状況が生じたときは、被害を最小限とするために、職員に適切な指示を出し、速やかに対応しましょう。
感染症の病原体で汚染された機械・器具・環境の消毒・滅菌は、適切かつ迅速に行い、汚染拡散を防止しましょう。消毒薬は、対象病原体を考慮した適切な消毒薬を選択する必要があります。

施設長は、協力病院や保健所に相談し、技術的な応援を頼んだり、指示をもらいましょう。

3）　医療処置

施設職員は、感染者の症状を緩和し回復を促すために、すみやかに医師に連絡し、必要な指示を仰ぎましょう。必要に応じて、医療機関への移送などを行います。

医師は、感染者の重篤化を防ぐため、症状に応じた医療処置をすみやかに行いましょう。また、診療後には、保健所への報告を行いましょう。

4）　行政への報告

施設長は、次のような場合、迅速に、市町村等の社会福祉施設等主管部局に、報告することとされています。あわせて、保健所にも対応を相談します。

（付録１　「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」第４項　参照）

＜報告が必要な場合＞

ア　同一の感染症や食中毒による、またはそれらが疑われる死亡者・重篤患者が１週間以内に２名以上発生した場合

イ　同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合*

ウ　通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

＊同一の感染症などによる患者等が、ある時点において、10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合であって、最初の患者等が発生してからの累積の人数ではないことに注意する。

＜報告する内容＞

・　感染症又は食中毒が疑われる入所者の人数
・　感染症又は食中毒が疑われる症状
・　上記の入所者への対応や施設における対応状況等

施設所管課への報告用紙書式については、付録４②の書式例を参考にしてください。

なお、医師が、感染症法、結核予防法又は食品衛生法の届出基準に該当する患者又はその疑いのある者を診断した場合には、これらの法律に基づき保健所等への届出を行う必要があるので、留意してください。

（付録１　「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」第９項　参照）

5）　関係機関との連携など

次のような関係機関に報告し、対応を相談し、指示を仰ぐなど、緊密に連携をとりましょう。

・　施設配置医師（嘱託医）、協力機関の医師
・　保健所
・　地域の中核病院の感染管理担当の医師や看護師

そのほか、次のような情報提供も重要です。

・　職員への周知
・　家族への情報提供

Ⅱ　食中毒の予防と対策

1　食中毒の予防対策と発生時対応の重要性

高齢者施設における食事提供の形態は様々ですが、給食システムで食事を提供している場合は、施設全体が集団発生となる可能性も高く、ノロウィルス・腸管出血性大腸菌などの感染性胃腸炎などの食中毒が集団発生し、重症化や死亡に繋がった事例が報告されています（感染症の食中毒は感染症の予防と対策を参照）。

食事提供を外部事業者に委託している場合は協力して食中毒予防を行うことが必要です。

また、個別性を尊重した個室おいて自由に飲食物が摂れる環境では、食品の衛生管理に目が行き届かないために起きる食中毒の発生は避けることができない問題です。

利用者に対して食品を定期的に点検するなど食品管理を徹底するように推奨します。

食中毒は、重症化すると脱水症や溶血性尿毒症症候群など合併症で生命の危機につながることもあり、発生時に適切な対応をすることは高齢者の生命の安全を確保するうえで重要な取組みです。

2　食中毒予防の基本

1）食中毒の基礎知識

①食中毒とは:

食中毒の原因となる「細菌」や「ウイルス」、「有毒・有害な物質」が、食べ物と一緒に身体の中に入ることによって起こる健康被害のことをいいます。 主に腹痛や下痢、吐き気、嘔吐などの胃腸炎症状が起きますが、発熱やけん怠感など風邪に似た症状や、麻痺などの神経症状が起きることもあります。食中毒の大部分は「細菌」や「ウイルス」によるものであり、次　　　　　　　　いで毒きのこやふぐなどの「自然毒」による食中毒が多く発生しています。

②医療機関の受診と行政への報告

腹痛や下痢、嘔吐などの症状が現れ、食べ物が原因と思われる場合は、できるだけ早く医療機関を受診し、近くの保健所又は保健センターにも相談します。

医師には、(症状・いつどこで何を食べたか・一緒に食事した人に同じ症状はあるか・ﾍﾟｯﾄとの接触はあるか)を説明し、診断を受けてください。医師は食中毒の疑いがあると判断した場合保健所に届出する義務があります。

2）食中毒予防対策総論

ポイントは食中毒の３原則①つけない②ふやさない③やっつける

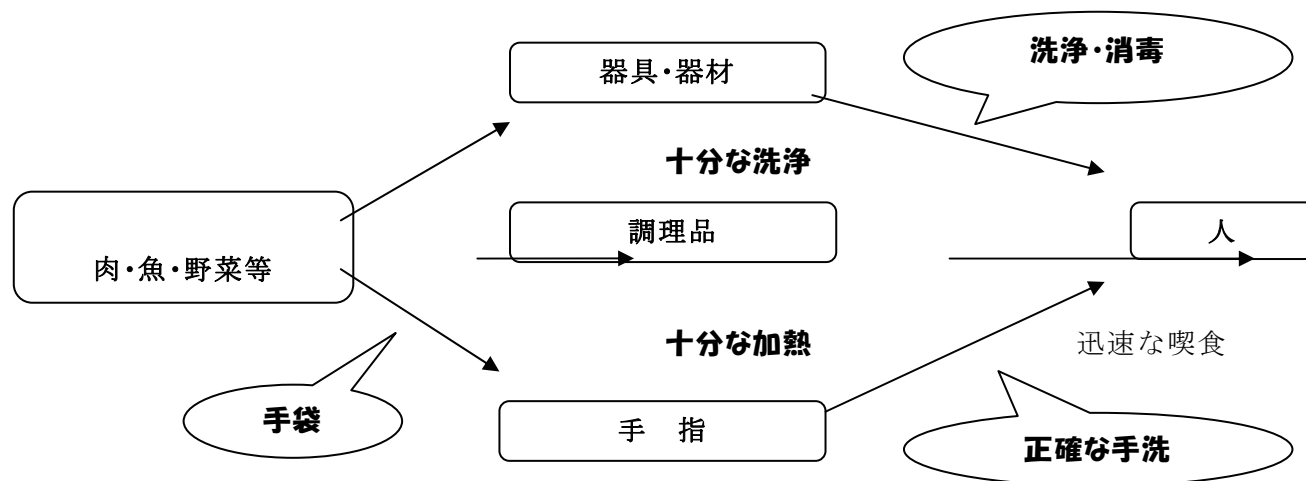



図１　病原微生物の食品への二次汚染経路と汚染防止

食材：新鮮で適切に管理されたものを信頼のおける業者から購入します。
消費期限・賞味期限・保存温度のある食品については、それぞれの規定にあったものを購入し使用します。

施設：食品は清潔な場所で清潔な設備や器具を使って取り扱います。

服装：清潔な服装を着用します。

時間の管理：食品特に調理・加工された半製品はできるだけ早く調理を終了させ、調理品はできるだけ早く喫食します。一般的には調理後２時間を1つの目安としています。

加熱：ほとんどの病原微生物は65℃以上の湿った熱にさらされると死にますが、中心部まで加熱しないと残っている微生物が繁殖してしまうことがあります。

冷却：冷凍・冷蔵は微生物の発育を遅らせる温度帯で食材・食品を管理する方法です。
サラダや刺身などの生食は冷凍又は冷蔵保管、和え物は加熱後できるだけ早く10℃以下に冷却することが細菌の繁殖を防ぎます。

３）食中毒を起こす微生物（詳細は表４参照）

表4　食中毒の原因と症状

原因菌･ウィルス	原因食材など	潜伏期間	発症が多い時期	下痢の他に見られる症状
黄色ブドウ球菌	おにぎり、すし、仕出し弁当などの米飯類やサンドイッチ、和菓子、シュークリームなど	30分～６時間		嘔気･嘔吐、腹痛
ウエルシュ菌	加熱調理された後、長時間放置された料理に多く発生する。鶏肉の煮つけやシチューなど。	4～12時間		腹痛・下腹部膨満感
セレウス菌	牛肉、豚肉、鶏肉やその加工品（ハム、ソーセージなど）、スープ類、プリン、生クリームなど	8～16時間		腹痛
腸炎ビブリオ	魚介類の刺身や寿司類	6～32時間	夏	激しい腹痛
ボツリヌス菌	真空パック入り食品、ビン詰めや缶詰の食品、「いずし」など発酵保存食品など	12～36時間		胃腸症状、視覚障害、言語障害、嚥下障害、運動麻痺、呼吸麻痺
サルモネラ菌	鶏肉や牛肉のたたき、牛のレバー刺、卵、およびそれらの加工品で加熱をあまりしていない食品など	8～48時間	9・10月	腹痛、発熱、（38～40℃）、嘔吐
ＳＲＳＶ（小型球形ウィルス）	カキ、シジミ、アサリ、ムール貝などの貝類	24～48時間	11～3月	嘔気、嘔吐、腹痛、発熱（38℃以下）
カンピロバクタアー	加熱不十分な食肉や生食、サラダ、生水	2～7日		発熱、倦怠感、頭痛、筋肉痛
ノロウィルス	魚介類、とくにカキなどの二枚貝の生食	24～48時間	11～3月	激しい嘔吐や下痢、腹痛、ときには発熱、頭痛、筋肉痛を伴う
腸管出血性大腸菌	牛の糞便によって汚染された、加熱不十分な肉類やその加工品、井戸水、牛肉、ハンバーガー、ローストビーフ、生乳、サンドイッチ、サラダ、飲料水など	3～8日		激しい腹痛、下痢（水様、鮮血便）、発熱、吐き気、嘔吐
病原性大腸菌	給食や、飲料水（集団発生）	1～9日細菌の種類によって異なる		嘔吐から溶血性尿毒症まで様々

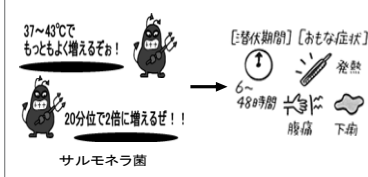
ノロウイルス

○主な症状：吐き気、嘔吐、下痢、腹痛、発熱
○潜伏期間：１～２日
○原因：①人（保菌者）の排泄物・水・非加熱食品
　②カキ、ホタテなどの２枚貝
　③食品中で増殖せず、人の腸管内でのみ増殖
　④感染力が強い
○特徴：①加熱により死滅（８５℃１分以上）
　②次亜塩素ナトリウム（ハイプリーチ）使用で失活

カンピロバクター

○主な症状：下痢、発熱（平均３８度）、吐き気、腹痛
○潜伏期間：１～14日（平均３～５日）
○原因：①肉類とくに鶏肉に多い
　②加熱不十分な鶏肉、牛や鶏のレバー刺し
　③水　　　　など
○特徴：低温に強く、10℃以下でも生きられる。冷蔵庫の過信は禁物。通常の加熱調理で死滅。

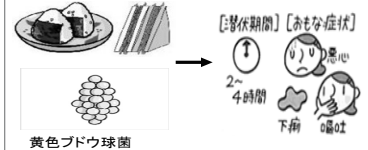
サルモネラ

○主な症状：下痢、腹痛、発熱（38～40℃）
○潜伏期間：8～72時間（平均12時間）
○原因：食肉、卵およびその加工品
○特徴：十分な調理加熱で死滅する。10℃以下の低温では増殖しない。

ウエルシュ菌

○主な症状：腹痛、下痢
○潜伏期間：12時間
○原因：給食などで大量調理されたカレー・シチュー・スープ・麺つゆ　など
○特徴：①酸素がない状態で増殖。(大きい鍋で加熱し煮ると、鍋の中に無酸素状態を作り出すため)
　②毒素（芽胞）を作るため、100℃で4時間以上加熱しても死滅しない。

食中毒をおこす微生物

黄色ブドウ球菌

○主な症状：激しい嘔気、嘔吐
○潜伏期間：３時間
○原因：弁当、おにぎり等の穀物加工品
　化膿創、鼻腔
○特徴：毒素（芽胞）をつくるため、210℃30分の加熱ではじめて分解される。

これら微生物の特徴を知り、食中毒の予防に役立てましょう

4）食中毒予防の３原則

食中毒の原因となる微生物を「つけない！ふやさない！やっつける！」です。

食中毒を防ごう！

食中毒予防の三原則を徹底

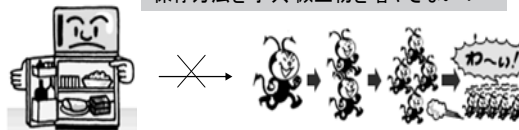
微生物を「つけない」

○他の食品からの汚染防止⇒肉や魚の汁が他の食品につかない様に分けて保存

○調理従事者の手指を介した汚染を防止⇒手洗いの徹底、盛り付け時の手袋使用

○調理器具や厨房機器を介した汚染を防止⇒洗浄・消毒、包丁やまな板は用途ごとに使い分け

微生物を「ふやさない」

○冷蔵保存は１０℃以下、温蔵は６５℃以上

微生物を「やっつける」

○十分に加熱（８５℃で１分間以上）

○カキやシジミなど二枚貝は８５℃で１分間加熱

5)食中毒予防の6つのポイント

食中毒予防！６つのポイント

食中毒の予防には、「清潔」で「衛生的」であることが大切です。次の５つのポイントをきちんと行い、食中毒を無くしましょう。

「食中毒予防の３原則」は、食中毒の原因となる微生物を「つけない！殖やさない！やっつける！」です。食中毒予防の６つのポイントは、この３原則からできているので、６つのポイントをきちんと行うことで食中毒を無くすことが出来ます。

ポイント１:食品を購入するとき

①生鮮食品は新鮮なものを購入します。

②期限表示(消費期限、賞味期限)を確認してから購入します。

③肉や魚は、汁が漏れないようにビニール袋などにそれぞれ分けて包み、持ち帰ります。

④冷蔵や冷凍が必要な食品は最後に購入し、購入後は早急に持ち帰り保存方法を守って保管します。

ポイント２:食品を購入するとき

①食品を持ち帰ったら、すぐに冷蔵庫・冷凍庫に入れます。

②冷蔵庫の詰めすぎに注意します。（７割程度が目安です）

③冷蔵庫は 10℃以下、冷凍庫は-15℃以下に保ちます。

④肉や魚、卵を取り扱う前後には手を洗います。

⑤肉や魚は、汁が漏れないようにビニール袋などに入れて保存します。

ポイント３:調理の下準備をするとき

①こまめに手を洗います。特に生の肉や魚、卵を触った後には必ず手を洗います。

⇒基本は「手洗い！」

②ラップをしてある野菜やカット野菜なども洗浄してから使います。

③肉や魚の汁が、生で食べるものや調理済みの食品にかからないようにします。

④包丁、まな板、ふきん、スポンジは洗浄・消毒しいつも清潔なものを使います。

⑤包丁やまな板は、肉・魚・野菜用等を使い分けます。

⑥食品の解凍は使う分だけするようにし、解凍は冷蔵庫か電子レンジで行います。

⑦井戸水を使っているときは、定期的に水質検査を受けます。

ポイント４:調理をするとき

①下準備をしたら、調理の前に台所を清掃します。

②作業前に手を洗います。⇒基本は「手洗い！」

③加熱調理する食品は、十分に火を通します。（中心部の温度が 75℃以上１分間以上。ノロウイルスは 85℃以上１分間以上）

④調理中は室温で放置しないようにし、途中で止めるような時は冷蔵庫に入れます。また、調理を再開するときは十分に過熱します。

⑤電子レンジを使う場合は、電子レンジ用の容器・フタを使い、調理時間に気を付け、熱の伝わりにくい物は、時々かき混ぜることも必要です。

ポイント5:食事をするとき

①食事の前には必ず手を洗います。⇒基本は「手洗い！」

②清潔な手で、清潔な器具を使って、清潔な食器に盛り付けます。

③温かく食べる料理は常に温かく、冷やして食べる料理は常に冷たくしておきます。

④調理後の食品は、室温に長く放置しないようにします。(盛り付け後2時間以内に食べる)

ポイント6:残った食品の取り扱い

①残った食品を扱う前にも手を洗います。⇒基本は「手洗い！」

②残った食品は、早く冷えるように清潔な浅い容器に小分けにし、冷蔵庫で保管します。

③時間がたち過ぎたり、少しでも怪しいと思ったら、思い切って捨てます。

④食品を温め直すときも、中心部までしっかりと加熱します。

図4食中毒予防の6つのポイント

3 事業所として求められる取り組み

1)食中毒予防マニュアルの整備

各種食中毒予防、発生時対応、二次感染防止などのためのマニュアルを作成します。

2)職員教育

食中毒予防の具体策について理解し、日常生活の中で食品を取り扱う上での衛生管理や手洗い及び食中毒発生時は適切に対応など、マニュアルを周知するための研修を行います。

(各種食中毒の知識・日常生活における食中毒予防策・職員自身の健康管理など)

3)ご利用者への食中毒予防対策の周知

手洗いや食品管理・利用者同士の飲食物のやりとりなどについて周知徹底します。

4)来訪者への食中毒防止対策の周知

手洗い・持込食品などへの注意を周知します。

5)定期的な関係機関との情報交換

保健所・市町村介護保険担当部署、保健センターなどから食中毒情報を収集し、食中毒防止に努めます。

6)食中毒発生時の初動シートの作成とそれに基づく行政機関への報告

職員の役割ととるべき行動を明示し連絡網を整備し迅速に対応します。

7)協力医療機関との連携

利用者の健康管理に関して相談、助言できる医師・看護職などを確保し、早期の段階で検査などの対応システムを整備します。

8)搬送先病院の確保

入院が必要な場合は迅速に対応します。

9)相談員や関係職種による感染症の予防と対策に関する検討会議の実施

感染症の発生動向などの情報に基づいて予防策を実施するとともに、日常的なケアにおける衛生管理の実施状況や課題などを把握し、定期的な会議を開催し協議します。

参考文献・・・

HCHG 研究会編『食中毒・感染予防対策ハンドブック』医事出版社、P26-27

工藤綾子監修・著『介護の感染症対応ハンドブック』ナツメ社、P100-102

(社)全国訪問看護事業協会編集『喀痰吸引・経管栄養研修テキスト』中央法規、P36・41

小池将文、内田富美江、森繁樹監修『医療的ケアの理論と実践』日本医療企画、P29

『月刊全国老人保健施設協会機関誌』平成 24 年 11 月号 vol.23No8、P38-40

田畑和実編集発行『心とからだのオアシス』2012 年秋号、P15-21

『衛生管理マニュアル（第 29 版)』医療法人渓仁会 札幌西円山病院

『感染対策マニュアル』社会福祉法人渓仁会 地域密着型介護老人福祉施設「菊水こまち郷」

『社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル（第 3 版)』
東京都福祉保健局

『高齢者向け住宅の自己評価ガイドライン』 NPO 法人シーズネット編集

厚生労働省ホームページ『家庭でできる食中毒予防の6つのポイント』…http://www.mhlw.go.jp/

厚生労働省ホームページ『感染症発生時の対応』…http://www.mhlw.go.jp/

SARAYAホームページ…http://pro.saraya

第６章　介護保険・医療保険の活用

Ⅰ　ケアマネジメントの活用

１　介護保険制度における高齢者ケアの理念

ケアマネジメントは、「利用者の社会生活上のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」として定義づけられます。

ケアマネジメントでは、住み慣れた地域で望む暮らしを続けることについて不安を抱え、何らかの支障を来たした利用者の解決すべき生活ニーズ（課題）を明らかにします。そして、その生活ニーズの解決に向けて目標が設定され、目標達成のために誰が何の役割を担っていくことが一番適切で効果的・効率的か、利用者を中心に検討し実施していく、その一連の流れがケアマネジメントと言えます。これは、介護保険制度の中でのみ実施されているわけではなく、分野や制度を問わず広く活用されている機能です。

高齢者ケアの理念は、高齢者が自らの生き方を自らの責任で選択し、質の高い生活を支援することにあります。高齢者ケアマネジメントが導入されている介護保険制度では、①自己決定の尊重、②自立支援、③生活の継続性の支援、を高齢者ケアの原則としています。ケアマネジメントにおいても、この原則に則り実施していくことになります。

以下では、このケアマネジメントという方法が実施されている介護保険制度について、創設から現在に至るまでの状況、特にその理念について説明します。

１）介護保険制度創設の背景

介護保険法は、1997（平成 9）年 12 月に国会で成立、2000（平成 12）年 4 月 1 日から施行された法律です。

介護保険制度創設の背景には、急速に高齢化が進む中で介護を必要とする高齢者が急増し、介護をどうしていくかが大きな問題となりました。介護に対する国民の不安が高まったにもかかわらず、従来の措置・応能負担による老人福祉制度では、画一的なサービスが多く選択することもできず権利保障が不十分なうえ、所得調査等による心理的抵抗や中高所得者にとっては利用者負担が大きいという問題がありました。また、老人保健制度では、介護を理由とする一般病院へのいわゆる長期間の社会的入院が発生しましたが、そこに入院する高齢者にとって病院の生活環境は決して尊厳が守られた十分なものではないことも指摘されてきました。さらには、老人福祉制度、老人保健制度の両制度間における利用手続きやサービス内容、利用者負担等の非効率性や不均衡などといった問題を抱え、十分に介護問題に対応できませんでした。

介護保険制度は、こうした問題に対応し、

① 高齢者介護を社会全体で支えること
② 利用者本位の立場から適切なサービスを総合的・一体的に提供すること
③ 社会保険方式を導入し、保険料負担の見返りとしてサービスが受けられることを明確にすること
④ 介護を医療保険から切り離すことで、医療をはじめとする社会保障の構造改革を推進していくこと

などをめざして創設されました。

２）介護保険制度の理念

介護保険制度の理念は、介護保険法第１条（目的）に次のように記されています。

（目的）

介護保険法第１条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（１）介護の社会化

介護保険制度の制度設計上の基本理念は、「介護の社会化」です。わが国の歴史では、介護はまずは家族が担うことが当然と考えられ、家族がいない等の事情がある場合のみ施設に入るなど制度等を利用して家族以外の介護を受けるべきと考えられてきました。

しかし、急速な高齢化による介護を必要とされる高齢者の増加、さらには核家族化が進む中で、家族が介護を担っていくことには限界があります。そこで、このような考え方や慣習を改めて、社会的な仕組みとして介護を提供しようという理念が「介護の社会化」です。介護保険制度はこの理念に基づき、介護が必要とされる高齢者等の所得水準や家族構成などにかかわらず、社会保険方式により被保険者が要介護状態の程度に応じて必要な介護サービスを受ける権利をもつ仕組みです。

介護保険制度では、保険者である市町村と被保険者である住民の保険関係を前提として、住民は保険料を負担することにより、自らが選択する必要なサービスを、提供者と「契約」を結ぶことで、「保険給付」として受けることができるようになりました。

「介護の社会化」は財源面でも「国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担する」（介護保険法第４条第２項）という形で示されています。介護保険制度の財源は、２分の１が国・都道府県・市町村がそれぞれ拠出する公費、残りの２分の１が第１号・第２号被保険者の保険料となっています。費用負担面においても、国民全体でその仕組みを支え社会全体として介護を支えることができるような制度とされています。

介護の社会化の実現に向けて、高齢者が安心して生活できる条件の一つである「居住」についてその環境を整え、日常的な不安や心配ごとに対応するための機能が備わった、サービス付き高齢者向け住宅等は、その大きな役割を担うサービスとされています。自宅での生活を続けることが困難になった介護を必要とする高齢者にとって自宅でも施設や病院でもない、この新たな居住形態は対するニーズは高まっており、今後ますます充実していくことが期待されています。

（２）自立支援

介護保険制度の介護を提供するうえで中心となる基本理念は「自立支援」です。介護保険法第１条（目的）では、介護サービスを提供する目的を「(要介護者等が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」と規定しています。つまり、「自立支援」を目指すその根底には、誰もが望む「人生の最期まで、個人として尊重され、その人らしく暮らしていくこと」、つまり「尊厳の保持」があるのです。

第２条には次のように記されています。

（介護保険）
第２条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。
２　前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。
３　第１項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない。
４　第１項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

これらの規定を支える包括的理念が「自立支援」といえるでしょう。

介護保険制度創設の契機の一つとなった、1994 年 12 月の高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」では、高齢者介護の理念である「自立支援」について次のように述べています。

今後の高齢者介護の基本理念は、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、つまり、「高齢者の自立支援」である。（中略）今後は、重度の障害を有する高齢者であっても、例えば車いすで外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、介護の基本理念として置かれるべきである。

「自立」には、日常生活動作（ADL）にかかわる身辺自立、収入・所得にかかわる経済的自立、自分のことを自分で決めるという自己決定・自己選択にかかわる精神的・人格的自立などがありますが、人間にとって「自由に主体的な決定ができること」がいかに大切かを思えば、それらのなかでも精神的・人格的自立が特に重要でしょう。

したがって、高齢者が尊厳ある生活を送るためには、その人の主体性が尊重される必要があります。たとえ身体的・精神的な障害のある高齢者であっても、可能な限り、その人の持つ人生観や価値観に即した生活が主体的に送れるよう、その人の自立を社会的に支援することが介護サービスの基本でなければなりません。

「自立支援」には、以下の二通りの用いられ方があります。

① 目的としての自立（律）支援（Autonomy）

　　自分の意思のままに、自分らしく（自律的に）生きることを支えるという考え方

② 生活能力を高めるための自立支援（Independence）

　　要介護者等自身が日常生活のすべての側面において、他への依存を極力排して生活するよう支援するという考え方

介護保険制度において、ケアマネジメントの対象となる生活の主役は介護等を必要とする高齢者自身であり、支援者側が主体ではないことは言うまでもありません。生活維持能力を高めるための自立支援により、他へ依存が少なくなれば、人は自律的に生活することが可能になります。しかし、ケアマネジメントの対象となる介護等が必要な高齢者が、「自らの生き方を、自らの意思に基づき、自らの責任で選択し、自分らしく生きる」という高齢者ケアの理念を忘れてしまえば、その自立支援は目的を失うことになりかねません。つまり、日常生活における身体的な自立の支援だけではなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つことができるようなケアマネジメントが展開される必要があるのです。

高齢者が安心して生活できるための居住環境を提供するサービス付き高齢者向け住宅等においても、この理念に基づいてサービスが提供されることは当然のことといえます。

３）2011（平成 23）年介護保険制度改正の概要

（１）改正の背景

介護保険法施行から約 10 年が経過し、制度が周知されたことや介護や支援が必要とされる高齢者の増加に伴い介護保険サービスの利用者は増え続け、それに対応してサービス提供の量的な整備が進んできました。この約 10 年で、介護保険制度は「介護の社会化」を具現化する仕組みとして国民に定着してきたといえます。

しかし、今後さらに増加することが見込まれる認知症高齢者、医療ニーズの高い要介護者、独居高齢者や高齢者のみ世帯等へ、どう対応していくかが課題となっています。
これらの課題解決に向けて介護サービスの種類や質の見直しが必要であり、それに対応すべく、介護保険法は 2011（平成 23）年に 2 度目の改正となり、この改正法は一部を除き 2012（平成 24）年 4 月から施行されました。

（２）改正のポイント

改正のキーワードは「地域包括ケアシステムの実現」です。

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常の場（生活支援圏域）で適切に提供できるような地域での体制」のことです。

具体的には、

① 医療との連携強化

② 介護サービスの充実強化

③ 予防の推進

④ 見守り・配食・買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

⑤　高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備
の５つの視点による取り組みを柱とするものです。

この取り組みの目的は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域において、その人らしく自立した日常生活を営むことができるよう支援することです。この地域包括ケアシステムの圏域は、基本的に中学校区を想定しています。

表１	地域包括ケアの五つの視点による取組み

地域包括ケアを実現するためには､次の五つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必要。

①医療との連携強化

・24 時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
・介護職員による痰の吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

・特別養護老人ホームなどの介護拠点の緊急整備（平成 21 年度補正予算：3 年間で 16 万人分確保）
・24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組みや自立支援型の介護の推進

④見守り・配食・買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、さまざまな生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国土交通省と連携）

・一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、「サービス付き高齢者向け住宅」として「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に位置づけ

この五つの視点から、サービス付き高齢者向け住宅等は、地域包括ケアシステムの実現に向けて、その担う役割の中核として位置づけられています。高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、生活支援サービスや住環境により一層の目配りをしたケアマネジメントが求められるでしょう。

表２	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組みを進める。

１　医療と介護の連携強化等

①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。

②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。

③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。

④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。

⑤介護療養病床の廃止期限（2012 年 3 月末）を猶予（新たな指定は行わない）。

２　介護人材の確保とサービスの質の向上

①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等による痰の吸引等の実施を可能とする。

②介護福祉士の資格取得方法の見直し（2012 年 4 月実施予定）を延期。

③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件および取消要件に労働基準法等違反者を追加。

④訪問調査実施の義務づけ廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

３　高齢者の住まいの整備等

○有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。

※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者の居住安定確保に関する法律の改正）

４　認知症対策の推進

①市民後見人の育成および活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。

②市町村の介護事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

５　保険者による主体的な取組みの推進

①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。

②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

６　保険料の上昇の緩和

○各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

２　ケアマネジメントの基本

『１介護保険制度における高齢者ケアの理念』では、要介護認定者等へのケアマネジメントが展開されている、その制度について解説をしました。いわばこれは、ケアマネジメントの制度的な側面といえます。

しかし、ケアマネジメントとは対象となる利用者が住み慣れた地域社会で生活を続けていくことを支援するための方法のひとつであって、この方法は制度の有無にかかわらず展開される手法でもあります。

以下では、支援の方法としての側面からケアマネジメントの基本を説明していきます。

１）ケアマネジメントの歴史

ケアマネジメントは、1970 年代後半にアメリカで精神障害者の在宅生活を支えるために展開された方法です。すべてのサービスをひとつの施設の中で容易にあてがわれていた精神障害者が、従来の生活の場である地域で暮らしはじめたとき、そのサービスは地域のさまざまな場所や組織・機関に散在していました。精神障害者が地域で暮らしていくには、住居、雇用、経済、精神保健、健康管理、日常生活活動等、さまざまな課題がありそれを解決していく必要があります。一人の障害者の、地域で生活するための多様なニーズに的確に対応するために、それぞれの目的をもったサービスを、組織や機関を超えて実施された方法が、アメリカで展開されたケアマネジメント（ケースマネジメント）といえます。

ケアマネジメントを提供するマネジャーは､機関や組織の枠を超えてサービスを組み合わせ、対象となる障害者にサービスを提供する目的が異なる機関や組織との連絡調整を行うことで、ひとつの施設からすべてのサービスを提供できないことによって起こる不都合を解消する役割を担いました。多様なニーズに対して、その障害者がすでにもっている家族、友人等のいわゆるインフォーマルサービスといわれる社会的支援と、専門職が提供するフォーマルなサービスを組み合わせて調整していくことで、精神障害者は施設に入らなくても生活できるという選択が可能となりました。また、これによって、ひとつの機関から集中的にサービスが供給されたりサービスが重複して提供されることが解消され、適切なサービス提供により費用を抑制することにもつながったのです。

この方法は、やがて、アメリカから世界の国々へひろがり、同時に対象も精神障害者のみならず、他の障害者や高齢者にもその範囲が広がりました。

日本での高齢者に対するケアマネジメントが仕組みの中で実施されたのは、1990（平成 2）年に設置された在宅介護支援センターにおいて試行的に行われたことにはじまります｡その後、2000（平成 12）年 4 月から施行された介護保険制度において、高齢者ケアマネジメントが法の中で位置づけられたことで本格的に導入され、その方法は広く知られるようになりました。

障害者に対するケアマネジメントも相談機関等において地域生活支援のために実施されてきましたが、2006（平成 18）年 4 月に成立した障害者自立支援法のもとで、同年 10 月より相談支援事業所においても実施されています。

２）ケアマネジメントの目的

『五訂介護支援専門員実務研修テキスト』では、ケアマネジメントの目的を

① コミュニティ・ケアの推進

② 生活の支援

③ QOL の向上

④ コストのコントロール

の 4 点に整理しています。

（１）コミュニティ・ケアの推進

ケアマネジメントは、高齢になって疾患や障害、認知症を有する人であっても、そうした人たちが地域社会で生活し続けていけるよう支援することを目的にしています。つまり、多くの人たちができるだけ長く住み慣れた地域社会の中で生活を続けていけるよう支援する方法です。同時に、病院や施設に入院・入所している人が退院・退所しても生活できるように支援していく方法でもあります。

これは、ケアマネジメントの歴史的背景をみても明らかです。

その意味で、ケアマネジメントとは、コミュニティ・ケアを推進するものであり、脱施設化の促進や社会的入院の解消をすすめていく方法であるといえます。これは、施設入所や入院を否定するものではなく、あくまでもその人にとって住み慣れた地域で望む生活を送るための支援です。

そういった意味で、地域に存在するサービス付き高齢者向け住宅等は、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けるための居住の場として、コミュニティ・ケアの推進の中でその果たす役割は大きいといえます。

（２）生活の支援

住み慣れた地域での生活を支援するためには、身体的側面、心理的側面、社会環境的側面から課題を解決していくことが必要ですが、それぞれ別々に解決を図っても生活全体を支えていくことにはなりません。地域で生活するためには、身体的側面、心理的側面、社会環境的側面が総合的に改善・維持されることで生活の支援が成り立ちます

例えば、要介護状態となった高齢者の「閉じこもりがち」という課題について対応するとき、自由に移動することが困難になったという身体的側面を解決するだけでその人の閉じこもりが解消されるわけではありません。行きたい場所や会いたい人がいるのか等の心理的側面が、その人にとっての外出意欲に大きく影響を及ぼすこともあります。また、外出しやすい環境であるか、その人にとってどういう立場の人が外出を支援してくれるか等の物理的人的な環境、つまり社会環境的側面がどうであるかによって、外出の機会は多くも少なくもなるでしょう。

つまり、身体的側面、精神的側面、社会環境的側面が統合的に維持され、課題の解決に向けてはたらきかけることは、生活全体を支えることになります。生活の場を提供する、利用者にとって最も生活に密着した存在であるサービス付き高齢者向け住宅等においも、この３つの側面から総合的に課題を発見し、その解決に向けて他から提供される支援とともに統合的にサービスが提供されていくことが重要になります。

（３）QOL の向上

私たちにとって満足度の高い生活とは、自分の価値観やライフスタイル等を誰にも侵されることなく、自分らしく安心して暮らしていける状態であるといえます。QOL（生活の質）とは、生活の満足度であり、それは一人ひとり独自のものであるでしょう。

ケアマネジメントの対象となる利用者は、要介護状態等になったことで QOL に変化が起きています。高齢、疾病や障害、認知症等によって今までその人にとって「あたりまえ」「ふつう」にしていた日常生活が維持できない状態にあるかもしれません。身体的側面、心理的側面、社会環境的側面から生活の支援を考えるとき、その根底には、利用者にとっての QOL の維持・向上とは、どのような生活を送ることであるかを利用者とともに考えていく姿勢が重要です。

ケアマネジメントでは、利用者の QOL の維持・向上を目指して、身体的側面、心理的側面、社会環境的側面からの総合的な生活の支援を行います。サービス付き高齢者向け住宅等では、入居に至った経緯や入居前後の生活の変化等から、その利用者にとっての QOL の維持・向上とはどんな生活であるかを考えることが重要でしょう。

（４）コストのコントロール

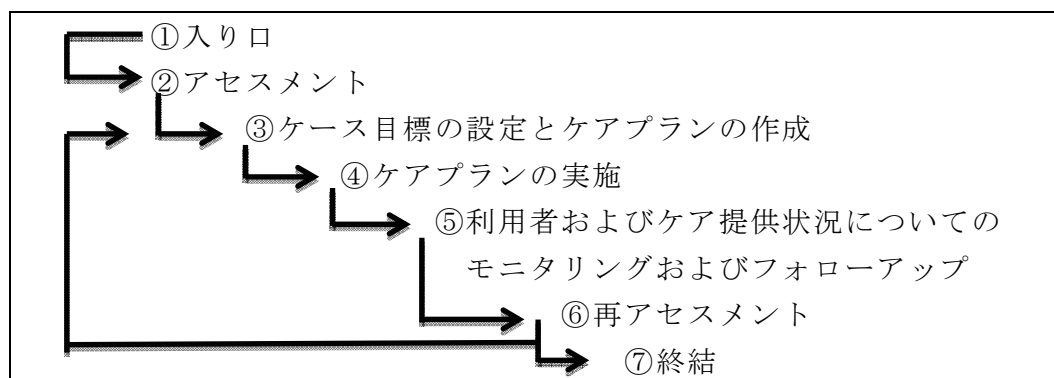
ケアマネジメントは、障害者等が地域社会で在宅生活を送るための支援の方法として世界に広まりました。この方法により、障害者等が病院や施設ではない場での生活が可能となり、サービスの集中や重複が避けられるようにもなりました。適切なケアマネジメントが行われることで施設に入所せず在宅生活を続けることができている人も増えています。

つまり、ケアマネジメントの対象となる利用者が住み慣れた地域で暮らし続けることの二次的な効果として、費用面が抑制されているという結果につながっているのです。

サービス付き高齢者向け住宅等が普及し、高齢者等にとって入院や施設入所ではない「住み替え」の選択肢が広がったことは、コストのコントロールに寄与しているといえます。

３）ケアマネジメントのプロセス

ケアマネジメントのプロセスは、表３に示す、一定のプロセスのもとで展開されています。

図１	ケアマネジメントのプロセス

（1）入口

最初の段階である「入り口」には、①対象者の発見、②スクリーニング、③インテークの 3 つが展開されます。

①　対象者の発見

ケアマネジメントの対象者が、自らケアマネジメント機関に支援を求めることは多くはありません。医療機関や各種サービス提供者、地域住民等からの連絡や相談等により、ケアマネジメントの対象となる可能性のある人を発見することが考えられます。

ケアマネジメントを必要とする人を発見するためには、ケアマネジメント機関が、保健・医療・福祉の枠にとらわれず、地域のさまざまな人的資源を含む社会資源と日頃からどれだけ連携しているかにかかっています。

サービス付き高齢者向け住宅等は、対象者を発見する立場であるとともに、地域にとって連絡・相談先となることも考えられ、日頃の社会資源との連携によって対象者の発見に対して大きな役割を担う立場になり得ます。

②　スクリーニング

スクリーニングでは、利用者等がケアマネジメントを必要としているかどうか、その緊急度はどの程度か等を明らかにしていきます。ケアマネジメントの対象者に該当するかどうかの仕分けを行い、他の機関等での支援が必要と判断される場合は、必要に応じて適切と考えらえる支援先へつなぎます。

③　インテーク

スクリーニングによりケアマネジメントの対象となる場合、ケアマネジメントの開始を約束する契約段階となります。インテークと呼ばれるこの段階では、形式的な契約のみを指すのではありません。対象者がケアマネジメントについて理解できる説明を行い、自らの意思により自らもケアのチームの一員として取り組んでいくことの確認が重要です。

この作業を行うことで対象者は、地域で暮らし続けるための生活課題解決に向けて主体的に取り組むことになります。

（2）アセスメント

アセスメントとは、「情報収集」し、それを「分析」することにより、「生活課題（ニーズ）を明らかにして利用者にとって必要な支援を導き出す」過程です。

情報収集は、利用者から聞き取るという姿勢で行うと尋問のようになり、利用者の心理的負担が大きくなる危険性があります。利用者とのコミュニケーションによる共同作業の中で言語化し理解していくものです。日常生活の行動や非言語によるメッセージからも情報を収集し、主観的事実か客観的事実なのかを整理していきます。また、利用者の承諾を得たうえで、家族や他の支援者、専門職等から情報を得て、判断を仰ぐことで多面的な視点からの総合的なアセスメントが可能になります。

アセスメントは、ケアマネジメントを実施するケアマネジャーが一人で行うものではなく、利用者を中心としてチームで行ってくという視点が重要です。アセスメント過程の中で、利用者によって身近な支援者であるサービス付き高齢者向け住宅等は、日常生活の情報が得られやすく、利用者にとってコミュニケーションを構築しやすい、重要な役割を担っているといえるでしょう。

（３）目標設定とケアプラン作成

アセスメント情報に基づいて、利用者がどのような生活を望んでいるか、より良い生活とはどのようなものかを明らかにします。以下のことを考えることで利用者のより良い生活をイメージがしやすくなります。

① 利用者自身がもっている能力に応じた自立した生活を送ることができること
② 利用者自身の尊厳が保たれた生活を送ることができること（その人らしい暮らしができること）
③ 要介護状態になるまでに送ってきた生活が、要介護状態になっても継続できること
④ 利用者の要介護状態をこれ以上悪くする要因（リスク）が起こらないような生活を送ることができること

利用者の目指す生活の実現を目的に、ケアプランでは複数の生活課題（ニーズ）を明らかにして、その解決に向けての目標を設定します。生活課題や目標は、利用者とともに設定され、目標達成のために生活課題と適切かつ効果的な社会資源を結びつけることでケアプランを作成します。ケアプラン作成においては、利用者の能力・強みはもちろんのこと、利用者の能力を含むその取り巻く資源とそれぞれの役割について理解する必要があります。

（４）ケアプランの実施

利用者を中心としたチームでのカンファレンスを開催し、利用者が承諾したケアプランに基づいて支援は実施されます。サービス担当者会議と呼ばれるカンファレンスではケアプランに基づいて利用者の目指す生活や生活課題、目標が共有され、ケアプランの内容は利用者との約束事として支援が開始されます。

ケアプランの中で、チームメンバーはそれぞれ自分の果たす役割が明確になるとともに、他のメンバーが何を担っているかを知ることとなり、共有された目的に向けて協働してくこととなります。サービス付き高齢者向け住宅等は、利用者に安心安全で快適な住まいを提供する立場としてチームメンバーとして、アセスメントや目標達成からケアマネジャーと協働し、また支援の担い手としてケアプランを実施していくことになります。

（５）モニタリングおよびフォローアップ

在宅生活を送る利用者は、心身の状況の変化、家族や取り巻く社会の変化が生じることで、地域生活の継続に影響を受ける場合があります。こうした変化、またはサービスを利用し状況がよくなることによって生活課題と提供サービスの内容が合致しなくなったり、目標が適切ではなくなることが起こります。

こういった状況に対応できるよう、モニタリングにより計画通りにケアプランが実施されているか、利用者に新たな生活課題が発生していないかを確認します。モニタリングでは、ケアプラン内容や支援が適切かを「監視」し、支援内容が有効であるか目標達成状況について「評価」を行い、ケアプラン内容がより効率的効果的に実施されるような「調整」を行います。日常生活の様々な場面での変化を把握しやすいサービス付き高齢者向け住宅等は、重要な担い手としてモニタリングに積極的に参加していくことが求められます。

（6）終結

ケアマネジメントは、利用者の生活が継続していく中で、その過程は循環されます。ただし、利用者の死、入院や施設入所、ケアプランの自己作成などによりケアマネジメントが終結または中断することがあります。

また、利用者がケアマネジメントを必要としなくなったことによる終結は、ケアマネジメントを実施するうえでの究極の目標であるといえるでしょう。

3　介護保険制度におけるケアマネジメント

要介護状態になった場合､機関を超えて異なる種類の複数のサービスの利用が想定されます。それぞれのサービスが、各機関の方針や専門性のもとで異なる目標が設定されることは、利用者の混乱や支援の重複による非効率性、サービスの谷間が生じ必要な支援が提供されていないということが起こる危険性があります。

このため、介護保険制度では、ケアプランを前提として利用者が実現したい目標を共有し、総合的かつ効率的に必要なサービスが提供される仕組みになっています。

以下では､介護保険制度におけるケアマネジメントの必要性と位置付けについて説明します。

1）介護保険におけるケアマネジメントの定義と必要性

介護保険制度は、「利用者本位」の介護サービスを基本としています。サービスの主体はあくまでも利用者であり、利用者が自らサービスを選択し決定することを基本とする「利用者の立場に立って支援を行う機能」としてケアマネジメントを制度的に位置付けました。

加齢に伴う疾病や障害、認知症の症状等により、介護を必要とする利用者のニーズは様々です。住み慣れた地域で日常生活を継続していくために、地域に存在するサービスの総合的かつ効率的な提供が求められます。しかし、各サービスは、その専門性、制度上の体系、機関の理念等において相違があり、この中で必要とされる適切なサービスを利用者が自ら情報収集して選択していくことは容易ではありません。

介護保険制度では、利用者の立場に立ってこの異なるサービスを調整し、利用者のニーズに対応したもっとも適切なサービスを総合的効率的に提供する機能という役割で、ケアマネジメントが介護支援サービスとして制度に位置付けられました。

介護保険制度上、在宅の要介護認定者は居宅介護支援事業所が、要支援認定者は介護予防支援事業の指定を受けた地域包括支援センターがケアプランを作成し､この機能を担っています。また、介護保険施設や地域密着型サービス等においても、計画作成を担当する者が位置付けられています。

介護保険制度におけるケアマネジメントは、保険給付を受ける被保険者を対象とするという特徴をもちます。その機能の過程は下記に示されるとおりです。

①　サービス利用者である要介護者等の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにする「課題分析（アセスメント）」

②　課題分析で明らかにされたニーズを解決するための総合的な「介護サービス計画（ケアプラン）」作成

③　介護サービス計画に組み込まれた各種サービスを実施するためにサービスの種類・頻度・内容等に関する「サービス機関等との調整・仲介」

④　計画に基づいて実施される「サービスの継続的な把握（モニタリング）」と評価」

この過程を介護支援サービスとして制度上に位置付け、それを中核的に担っていくのが介護支援専門員です。

２）介護支援サービスのあり方

介護保険制度におけるケアマネジメントとして位置付けられる「介護支援サービス」のあり方は以下のとおりです。

① 高齢者介護に対する社会的支援
② 高齢者自身による選択
③ 在宅介護の重視
④ 予防・リハビリテーションの充実
⑤ 総合的、一体的、効率的なサービスの提供
⑥ 市民の幅広い参加と民間活力の活用

このあり方は、介護保険制度の理念として法にも規定されている事項です。制度上、要介護・要支援認定者に対して、このあり方のもと、介護保険の給付による介護支援サービスが提供されます。

３）サービスの利用手続き

介護保険制度において要介護者等に対する介護支援サービスは、居宅サービスを受ける要介護者等に対して行われるものと、介護保険施設に入所してサービスを受ける要介護者に対して行われるものがあります。いずれも、介護支援専門員がその役割を担います。

介護保険制度では、サービス利用の手続きとして３つの段階があります。

（第一段階）

被保険者がサービスを受ける要件を満たしているか、「要介護・要支援認定」によって審査されます。本人、家族、居宅介護支援事業者等が市町村に申請すると、市町村職員または訪問調査員が調査を行い、コンピューターによる一次判定が行われます。この一次判定の結果と、訪問調査の特記事項、主治医意見書をもとに、保健・医療・福祉の専門家等で構成される介護認定審査会により二次判定と呼ばれる審査判定が行われ、原則申請から 30 日以内に被保険者に対して認定結果が通知されます。

（第二段階）

要介護・要支援と認定された被保険者は、居宅サービス計画や施設サービス計画、介護予防サービス計画等（ケアプラン）を作成します。居宅介護支援事業所は要介護１以上の認定を受けた被保険者、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）は要支援１・２の認定を受けた被保険者（委託により居宅介護支援事業所が作成する場合あり）、介護保険施設や小規模多機能居宅介護・認知症対応型共同生活介護等の地域密着型サービスは当該サービスを利用する被保険者のケアプランを作成します。

在宅の被保険者は希望により、ケアプランの自己作成も認められます。

（第三段階）

要介護・要支援の認定を受けた被保険者がケアプランに基づいたサービスを受けます。サービス担当者会議により共有されたケアプランを利用者が了承することで、ケアプランは実際に動き始めます。利用者は、ケアプランで役割を担っているそれぞれのサービス事業者と契約し、

介護サービスの利用が開始されます。

介護支援専門員は、定期的に利用者の心身や生活の状況等、ケアプランの実施状況についての把握を行い、必要に応じてケアプラン、サービスの調整や変更を行います。

サービス付き高齢者向け住宅等の相談員は、入居者の要介護・要支援認定に関する情報を把握し、未申請または申請中の入居者については、その進捗状況を把握しておく必要があります。必要時、適切なサービス利用につなげることは、入居者の安心できる生活につながるのです。

図２	介護保険制度のサービス利用手続きの流れ

被保険者
要介護・要支援認定の申請
定期的な要介護・要支援認定の更新
要介護・要支援認定（市町村が実施）
心身の障害の原因たる疾病又は負傷の状況等に関する主治医の意見
心身の状況等に関する調査結果
介護認定審査会による審査判定
非該当
定期的な要介護・要支援認定の更新
認定
対象外の高齢者
要介護者・要支援者（介護保険給付対象）
（地域支援事業）
ケアプラン作成依頼
自ら利用計画を作成
ケアプラン作成〔在宅では，要介護者は居宅介護支援事業者，要支援者は地域包括支援センター（一部，地域包括支援センターから居宅介護支援事業者に委託），施設では，介護保険施設が実施〕
被保険者の状態把握ー課題分析ー（健康状態，日常生活動作，家族の状態等の評価等）
再評価（再課題分析）
自らの選択によるサービス利用
※自ら介護サービス計画を作成し，市町村に提出（在宅のみ）
自立支援上解決すべき課題の把握
サービス担当者会議ーケアカンファレンスー（各介護サービス提供者および利用者本人あるいは家族の参加による意見交換等）
ケアプラン作成
○ケアの基本方針，目標
○サービス内容（メニュー，量など）
継続的な管理
利用者の同意
ケアプランに応じたサービス利用
（連絡・調整）

（六訂介護支援専門員基本テキスト　第１巻介護保険制度と介護支援 P197 より引

参考文献
・介護支援専門員テキスト編集委員会／編集『六訂介護支援専門員基本テキスト　第 1 巻介護保険制度と介護支援』長寿社会開発センター、2012 年 6 月、p192～198、p217～219
・介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会／編集『五訂介護支援専門員実務研修テキスト』長寿社会開発センター、2012 年 12 月、p4～12、p36～47

Ⅱ　介護サービスの活用

サービス付き高齢者向け住宅等の入居者は、日常生活で介護や支援を必要とする場合があります。また、現在その必要がなくても、加齢や疾病等により、将来的に介護や支援を必要とすることも考えられます。

そのため、相談員等は、介護サービスの中核となる介護保険制度における介護サービスについて理解している必要があります。

以下では、介護保険サービスの利用までの流れと、介護保険サービスの種類について説明します。

１　介護保険サービス利用までの流れ

１）保険者と被保険者

介護保険の保険者は、居住する住所所在地の市町村となります。

被保険者と受給権者は（表３）に示すとおりです。

表３　第 1 号被保険者と第 2 号被保険者

	第 1 号被保険者	第 2 号被保険者
対象者	市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の者	市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者
受給権者	要介護者 要支援者	左のうち、初老期における認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病によるもの

２）要介護認定申請代行

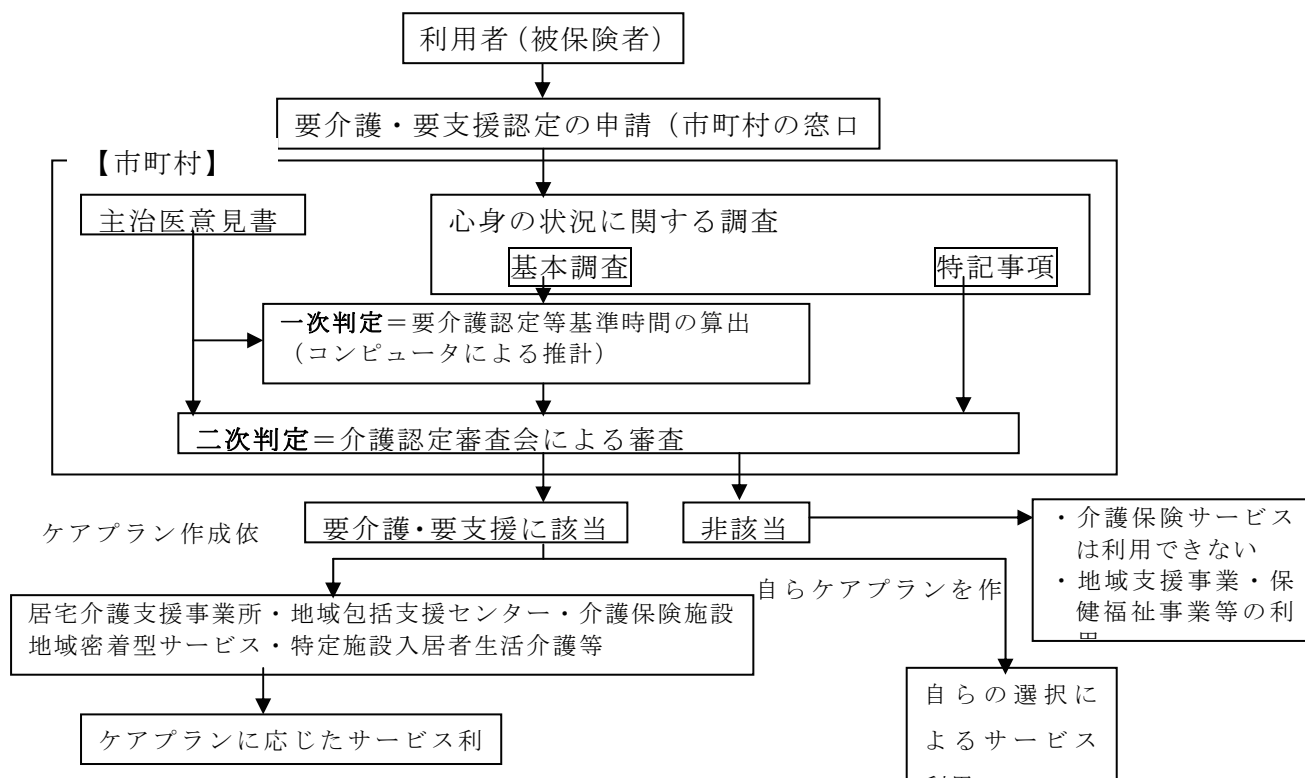
要介護認定を受けようとする被保険者は、申請書に被保険者証を添えて市町村に申請を行います。ただし、第 2 号被保険者で認定申請時までに被保険者証の交付を受けていないものについては、医療保険の被保険者証等を提示して、申請を行います。

認定申請にあたっては､被保険者は下記に申請手続きを代行させることが認められています。

（要介護認定の申請手続き代行者）

成年後見人、家族・親族等、民生委員・介護相談員等、地域包括支援センター、

居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設のうち省令で定めるもの

３）保険給付までのプロセス

４）要介護・要支援認定者とその状態像

①要介護者

「要介護状態」とは、身体または精神の障害のために、入浴・排せつ・食事など日常生活での基本的な動作について、6 か月以上にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態をいいます。

要介護状態にあると認定された被保険者が「要介護者」です。要介護状態は、介護の必要の程度により要介護 1～5 に区分され（要介護状態区分)、区分に応じて居宅サービス、地域密着型サービスまたは施設サービスが提供されます。

②要支援者

「要支援状態」とは、①身体又は精神の障害のために、入浴・排せつ・食事など日常生活での基本的な動作について、6 か月にわたり継続して常時介護を要する状態の、軽減・悪化防止のために特に役立つ支援が必要と見込まれ、または②身体または精神の障害のために、6 か月以上にわたり継続して日常生活を営むうえで支障があると見込まれる状態をいいます。

要支援状態にあると認定された被保険者が「要支援者」です。要支援状態は、支援の必要の程度により要支援 1･要支援 2 に区分され（要支援状態区分)、区分に応じて介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスが提供されます。

③第 2 号被保険者は特定疾病によることが条件

40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者については、要介護・要支援状態の原因になった心身の障害が、がん末期、初老期認知症や脳血管疾患等の老化に起因する一定の疾病（特定疾病）によるものであることが条件です。

【特定疾病の種類】

①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)、②関節リューマチ、③筋萎縮性側索硬化症、④後縦靱帯骨化症、⑤骨折を伴う骨粗鬆症、⑥初老期における認知症、⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病、⑧脊髄小脳変性症、⑨脊柱管狭窄症、⑩早老症、⑪多系統萎縮症、⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症、⑬脳血管疾患、⑭閉塞性動脈硬化症、⑮慢性閉塞性肺疾患・⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

2　介護保険サービス

1）介護サービスの種類

要介護・要支援の認定を受けた者は、介護サービス計画に基づきそのサービスを受けることができます。

介護保険サービスの種類は、（図３）に示すとおりです。

図３	介護サービスの種類

	都道府県知事が指定・監督を行うサービス	市町村長が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	◎居宅サービス 【訪問サービス】 ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 ○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売 ○福祉用具貸与 ◎居宅介護支援 ◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設	◎地域密着型サービス ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス
予防給付を行うサービス	◎介護予防サービス 【訪問サービス】 ○介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス） ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○介護予防通所介護（デイサービス） ○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売 ○介護予防福祉用具貸与	◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ◎介護予防支援

２）居宅サービス・地域密着型サービス

在宅の要介護認定者には、居宅サービス・地域密着型サービスが、要支援認定者には、介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスが、計画に基づいて提供されます。（表４・表５）認定結果により、利用できるサービスが異なります。

居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が行う計画作成等のケアマネジメントについては、費用の全額が保険給付され、利用者負担はありません。

表４	居宅サービス

	介護給付		予防給付	
	訪問介護	居宅要介護者が、介護福祉士・養成研修修了者からうける、入浴、排泄・食事の介護、調理、洗濯・掃除等の家事、生活に関する相談と助言その他必要な日常生活の世話	介護予防訪問介護	居宅要支援者が、介護福祉士・養成研修修了者からうける、入浴、排泄・食事の介護、単身世帯や同居家族等の疾病・障害等のために自ら行うことが困難な調理、洗濯・掃除等の家事、生活に関する相談と助言その他必要な日常生活の支援
	訪問入浴介護	居宅要介護者が、浴槽を提供されてうける入浴の介護	介護予防訪問入浴介護	居宅要支援者が、疾病その他やむを得ない理由により入浴の介護が困難な場合、居宅で浴槽を提供されてうける入浴の介護
	訪問看護	居宅要介護者（主治の医師が、病状の安定期にあり居宅で看護師・保健師・　看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの療養上の世話又は必要な診療の補助を必要とすると認めた人）がうける訪問の看護（医療機関／訪問看護ステーション）	介護予防訪問看護	居宅要支援者（主治の医師が、病状の安定期にあり居宅で看護師・保健師・　看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの療養上の世話又は必要な診療の補助を必要とすると認めた人）が、居宅でうける訪問の看護
	訪問リハビリテーション	居宅要介護者（主治の医師が、病状の安定期にあり居宅で心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法・その他リハビリテーションを必要とすると認めた人）がうける訪問のリハビリテーション（医療機関／介護老人保健施設）	介護予防訪問リハビリテーション	居宅要介護者（主治の医師が、病状の安定期にあり居宅で心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法・その他リハビリテーションを必要とすると認めた人）が、居宅でうける訪問のリハビリテーション
	居宅療養管理指導	病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・　看護師・歯科衛生士等・管理栄養士からうける療養上の管理と指導 ○医師・歯科医師：居宅を訪問して行う計画的・継続的な医学的・歯科医学的管理にもとづき実施される居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供や留意点、介護方法等の指導と助言 ○薬剤師：医師・歯科医師の指示（薬局の薬剤師は医師・歯科医師の指示により策定される薬学的管理指導計画）にもとづく薬学的な管理と指導 ○歯科衛生士（保健師・看護師・　看護師を含む）：訪問歯科診療を行った歯科医師の指示・訪問指導計画に基づく口腔内の清掃、有床義歯の清掃に関する指導 ○管理栄養士：計画的な医学的管理を行う医師の指示にもとづく栄養指導 ○保健師・看護師・　看護師：居宅で実施される療養上の相談および支援	介護予防居宅療養管理指導	居宅要支援者が病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・　看護師・歯科衛生士等・管理栄養士からうける療養上の管理と指導 ○医師・歯科医師：居宅を訪問して行う計画的・継続的な医学的・歯科医学的管理にもとづき実施される介護予防支援事業者等に対する介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供や留意点、介護方法等の指導と助言 ○薬剤師：医師・歯科医師の指示（薬局の薬剤師は医師・歯科医師の指示により策定される薬学的管理指導計画）にもとづく薬学的な管理と指導 ○歯科衛生士（保健師・看護師・　看護師を含む）：訪問歯科診療を行った歯科医師の指示・訪問指導計画に基づく口腔内の清掃、有床義歯の清掃に関する指導 ○管理栄養士：計画的な医学的管理を行う医師の指示にもとづく栄養指導 ○保健師・看護師・　看護師：居宅で実施される療養上の相談および支援

	通所介護	居宅要介護者が、特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・老人福祉センター・老人デイサービスセンター等の施設に通ってうける入浴・排せつ・食事等の介護・生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練	介護予防通所介護	居宅要支援者が、老人デイサービスセンター等に通ってうける入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練（介護予防認知症対応型通所介護に該当するものを除く）
	通所リハビリテーション	居宅要介護者（主治の医師が、病状が安定期にあり介護老人保健施設・病院・診療所で心身の機能維持と日常生活の自立を図るために理学療法・作業療法その他のリハビリテーションを必要とすると認めた人）が、施設に通ってうけるリハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション	居宅要支援者（主治の医師が、病状が安定期にあり心身の機能維持と日常生活の自立を図るために理学療法・作業療法その他のリハビリテーションを必要とすると認めた人）が介護老人保健施設・病院・診療所に通い、介護予防サービス計画で定める期間にわたりうける必要なリハビリテーション
	短期入所生活介護	居宅要介護者が、特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設に短期間入所してうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練	介護予防短期入所生活介護	居宅要支援者が、特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設に短期間入所し、介護予防サービス計画で定める期間にわたりうける入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の支援と機能訓練
	短期入所療養介護	居宅要介護者（病状が安定期にあり、介護老人保健施設・介護療養型医療施設・医療療養病床・診療所に短期間入所し、看護・医学的管理課の介護と機能訓練その他の医療を必要とする人）がうける看護その他の必要な医療と日常生活の世話	介護予防短期入所療養介護	居宅要支援者（病状が安定期にあり看護・医学的管理下の介護と機能訓練その他の医療を必要とする人）が、介護老人保健施設・介護療養型医療施設・療養病床・診療所に短期入所し、介護予防サービス計画で定める期間にわたりうける看護、医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療と日常生活の支援
	特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム等に入居する要介護者が、サービス内容、担当者、健康上・生活上の問題点・解決すべき課題、サービスの目標・達成時期と提供上での留意事項を定めた計画にもとづきうける入浴・排せつ・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言その他必要な日常生活上の介護、機能訓練、療養上の世話	介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等の特定施設（介護専用型を除く）に入居する要支援者が、サービス内容、担当者、健康上・生活上の問題点・解決すべき課題、サービスの目標・達成時期と提供上での留意事項を定めた計画にもとづきうける入浴・排せつ・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言その他必要な日常生活上の介護、機能訓練、療養上の世話
	福祉用具貸与	居宅要介護者に対する日常生活上の便宜を図る用具や機能訓練のための用具で日常生活上の自立を助けるもの（福祉用具）（厚生労働大臣の定めるもの）の貸与	介護予防福祉用具貸与	要支援者に対する、福祉用具のうち介護予防に資するもの（厚生労働大臣が定めるもの）の貸与
	福祉用具販売	福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつのための用具（厚生労働大臣が定めるもの）の販売	介護予防福祉用具販売	居宅要支援者に対する、特定介護予防福祉用具（福祉用具のうち介護予防に資する入浴・排せつのための用具等で厚生労働大臣が定めるもの）の販売
	住宅改修	手すりの取り付け・段差の解消・滑りの防止と円滑化等のための床または通路面の材料の変更・引き戸等への取替え・洋式便器等への便器の取替えやこれらの住宅改修に付帯して必要とされる住宅改修		

表４	地域密着型サービス

介護給付		予防給付	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	居宅要介護者が、定期的な巡回訪問や随時通報により居宅でうける介護・看護 ○介護福祉士・保健師・　看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等からうける入浴・排せつ・食事等の介護（付随する調理・洗濯・掃除等の家事)、生活等に関する相談と助言（主治の医師が、病状が安定期にあり居宅で看護師・保健師・　看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの療養上の世話または必要な診療の補助が必要と認められた人） ○訪問看護事業所と連携した介護福祉士・保健師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等からうける入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談と助言その他の日常生活上の世話		
夜間対応型訪問介護	居宅要介護者が、夜間定期的な巡回訪問または随時通報により、居宅で介護福祉士、養成研修修了者からうける入浴・排せつ・食事等の介護、生活に関する相談と助言その他必要な日常生活上の世話（定期巡回・随時対応型訪問介護看護に該当するものを除く）		
認知症対応型通所介護	認知症の居宅要介護者が、老人デイサービス事業を行う施設または老人デイサービスセンターに通い、その施設でうける入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練	介護予防認知症対応型通所介護	認知症の居宅要支援者が、老人デイサービス事業を行う施設または老人デイサービスセンターに通い、その施設でうける入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練
小規模多機能型居宅介護	居宅要介護者が、心身の状況や環境等に応じ、その者の選択にもとづいて、居宅または機能訓練と日常生活上の世話を適切に行うことができるサービス拠点に通所または短期間　泊してうける入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練	介護予防小規模多機能居宅介護	居宅要支援者が、心身の状況や環境等に応じ、その者の選択にもとづいて、居宅またはサービスの拠点に通所または短期間　泊により、その拠点で介護予防を目的としてうける入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言、健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話と機能訓練
認知症対応型共同生活介護	認知症の要介護者（急性を除く）が、共同生活を営む住居でうける入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話と機能訓練	介護予防認知症対応型共同生活介護	認知症で要支援 2 に該当する要支援者（急性を除く）が、共同生活を営む住居で、介護予防を目的としてうける入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話と機能訓練
地域密着型特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム等の特定施設のうち、入居定員 29 名以下の介護専用型特定施設に入居している要介護者が、サービス内容や担当者、要介護者の健康上・生活上の問題点・解決すべき課題、サービスの目標と達成時期ならびに提供するうえでの留意事項を定めた計画にもとづいてうける入浴・排せつ・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談と助言、その他必要な日常生活上の世話、機能訓練および療養上の世話		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型老人福祉施設に入所する要介護者が、地域密着型施設サービス計画にもとづいてうける入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話	
複合型サービス	居宅要介護者が、訪問看護および小規模多機能型居宅介護の組合せ※など、一体的提供が特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービス ※訪問看護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護の 2 種類以上の組合せのうち一定のもの（現在は小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組合せのみ）	

Ⅲ　医療サービスの活用

高齢者は、さまざまな心身の機能の低下や障害が生じてくることがよくあります。その原因は､加齢に伴い必然的に起こる生理的機能の衰えもあれば､疾病により生じることもあります。

健康状態の悪化や心身機能の低下は、高齢者の生活に大きな影響を及ぼし、住み慣れた地域での暮らしの継続を困難にする可能性があります。入居者が今の生活を続けるには、要介護状態の予防・軽減・悪化防止のために、医療サービスと連携を図り、適切に利用することが望ましいといえます。

１　医療サービスとの連携

１）　地域包括ケアの考え方

地域包括ケアは､｢個々の高齢者の状況やその変化に応じて､介護サービスを中核に､医療をはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」とされています。

そのためには、下記に示すことが必要とされます。

・ケアの継続性の確保
・在宅ターミナル
・ケアの包括性の確保
・他職種協働

高齢者に対して適切な支援を行うためには、対象者の健康や疾病に関する情報が必要です。つまり、主治医との連携のもと支援が展開されていくことが、地域包括ケアでは期待されているといえるでしょう。

２　医療サービスとの連携時の留意点

１）本人・家族の同意を得る

医療サービスと連携し活用するためには情報の共有が必要になります。扱われる情報は当然利用者に関する個人情報ですので、情報を医療機関とやりとりすることについて、利用者やその家族の同意を得ます。

同意を得る際には、健康状態や疾病が生活に及ぼす影響を説明し、医療機関と連携していくことが現在の生活を継続していくことにつながることについて理解を求めることが重要です。

また、生命にかかわる重篤な状態、緊急時等の個人情報の取扱いについて例外があることをふまえて、緊急時等の医療サービスの利用について本人や家族等と申し合わせをしておくことも重要です。

２）医療機関等との情報共有

①連絡方法

連絡可能な時間帯（午前、午後、休憩時間等)、連絡手段（電話、　Ａ　，Ｅメール等)、対応窓口（担当者に直接なのか、担当者以外に受付や調整する役割がいるか）について把握が必要です。医療サービスにおいては、緊急対応等、生命に影響を及ぼす場面に直面している場合もありますので、連絡方法については十分な吟味が必要です。

②情報共有の目的を伝える

情報共有では、本人や家族の同意を得たとはいえ、大切な個人情報を第三者同士が扱うこと

です。なぜ、医療機関との情報共有が必要なのかを説明し　方で納得できることで、連携が円滑になります。

③必要とする情報の整理

何のためにどのような情報が必要か、また、得られた情報はどのように支援の中で活用していくかを整理しておきましょう。共有した情報がどのように活用されるかを理解することで、情報共有は促進されていきます。

また、情報を求めるばかりではなく、情報を活用したことによる経過や結果を伝え、医療サービスが生活場面のどんな情報を必要としているかも把握していくという姿勢も重要です。

④実際に会う

診察やサービス提供時等を利用して、医療サービス提供者と顔をあわせておくことで、必要時の連携がよりスムーズになるでしょう。ただし、その際は、自分の役割や同席の目的を必ず伝えるようにしましょう。

３）生活を支援していくために必要とする情報

疾病は生活課題の発端になったり、大きく影響している場合が多くあります。現在の病状や予後、健康状態により生活は左右されています。そのことを踏まえて、以下に示す情報を共有し、支援にかかわるメンバーで疾病や健康状態について共通認識を持つことは、適切な支援につながっていきます。

①現在の健康状態と、その維持や回復の為の留意点

②予後に関する情報

③支援目標に対する医学的な視点からのアドバイス

④主治医の考え方

４）日常の観察ポイント

現在の生活を継続していくためには、介護予防の視点は重要です。入居者の日常生活に密着してサービスを提供しているサービス付き高齢者向け住宅等は、日頃の心身の変化を観察しておくことが、適切なタイミングでの医療サービスの活用につながります。

下記の「基本チェックリスト」は、要介護状態となる危険性がある高齢者をできるだけ早期に把握するために指針となるものですので、観察のポイントとして活用するとよいでしょう。

表４	生活機能の基本チェックリスト

基本チェックリスト（厚生労働省作成）

	No	質問項目	回答		得点	
暮らしぶりその1	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
			No. 1～5の合計			
運動器関係	6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか	0. はい	1. いいえ		
	8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
	9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
			No. 6～10の合計			⇒ 3点以上
栄養・口腔機能等の関係	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ		
	12	身長（　　cm）　体重（　　kg）　（＊BMI 18. 5未満なら該当） ＊BMI（＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）	1. はい	0. いいえ		
			No. 11～12の合計			⇒ 2点以上
	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
			No. 13～15の合計			⇒ 2点以上
暮らしぶりその2	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ		
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
			No. 18～20の合計			
			No. 1～20までの合計			⇒ 10点以上
こころ	21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
	22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
	23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
	24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
	25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		
			No. 21～25の合計			

☆チェック方法
回答欄のはい、いいえの前にある数字（0または1）を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方
基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- ●項目6～10の合計が3点以上
- ●項目11～12の合計が2点
- ●項目13～15の合計が2点以上
- ●項目1～20の合計が10点以上

３　医療保険の給付と介護保険

介護保険では、要介護者等の心身の特性をふまえて、介護の必要性に対応し、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護保険施設の医療サービスを提供します。

医療サービスで介護保険と医療保険の給付が重なる部分は、介護保険の給付が優先して、医療保険の給付は行われません。ただし、介護保険の給付を受けている場合でも、病状が悪化したり新たな疾患により一般の医療機関を受診したときや急性期病棟に入院した時等、介護サービス以外の急性期医療等が必要な場合は、原則として医療保険から給付を受けます。

介護保険と医療保険の給付の内容は下記に示すとおりです。

（介護保険）

介護ニーズに対応する医療

・主治医による医学的管理指導
・看護師等による訪問看護
・訪問リハビリテーション
・通所リハビリテーション
・短期入所療養介護
・介護老人保健施設への入所
・介護療養型医療施設への入院（長期療養に対応する日常的な医療行為に限る）

（医療保険）

通常の医療

・一般の医療機関における外来
・急性期病棟への入院

緊急等でやむをえない場合の医療

・介護保険適用部分での複雑な医療

介護保険施

での対応が困難な医療

・歯の治療

表５	介護保険と医療保険の区分の考え方（在宅サービス・短期入所除く）

	介護保険	医療保険
訪問医療 （訪問看護・訪問ﾘﾊﾋﾞﾘ除く）	居宅療養管理指導 （医師の居宅療養管理指導） 通院困難な要介護者等について訪問して行われる継続的医学的管理にもとづく ・ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成事業者等への情報提供 ・介護ｻｰﾋﾞｽ利用上の留意事項、介護方法の相談指導	在宅時医学総合管理料 特定施設入居時等医学総合管理料 ・診療計画による医学的管理 ・疾病の治療の指導、投薬・検査 訪問診療料 具体的疾患に関する医学管理料 検査、投薬、処置等
	（歯科医師の居宅療養管理指導） 通院困難な要介護者等について訪問して行われる継続的な歯科医学的な管理にもとづく ・ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成事業者等への情報提供 ・介護ｻｰﾋﾞｽ利用上の留意事項、口腔衛生等の相談指導	歯科訪問診療料 具体的疾患に関する医学管理料 検査、投薬、欠損補綴等
	要介護者等に対する 訪問薬剤管理指導／訪問栄養管理指導／訪問歯科衛生指導／看護職員の訪問による相談・支援	要介護者等以外の者に対する 訪問薬剤管理指導／訪問栄養管理指導／訪問歯科衛生指導
訪問看護	訪問看護 ・要介護者等に対する訪問看護 （末期がん･難病の要介護者／急性増悪等により主治医が頻回の訪問看護を行うように指示した場合には医療保険が給付）	要介護者等以外の者に対する訪問看護 要介護者等に対する訪問看護のうち 急性増悪時の訪問看護 末期がん・難病等に対する訪問看護 精神科訪問看護
通所	通所リハビリテーション ・要介護者等に対する通所リハビリ	重度認知症患者デイケア
訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	訪問リハビリテーション ・要介護者等に対するＰＴ，ＯＴ，ＳＴによる訪問リハビリ	要介護者等以外の者に対するＰＴ，ＯＴ，ＳＴによる訪問リハビリ

Ⅳ　看取りケアの知識

１　看取りケアの課題

　高齢者向け住宅は、その住宅の方針により、健康であることが条件のところや、せいぜい要介護２程度までなら可というところもあれば、看取りまで行うというところもあります。住み替えて入居する方からすれば「終の棲家」を期待して入居するという方が多いだろうことも予測できます。

　病院から退院させられるが施設には入りたくても入れない、という方も対象とするのなら、やはり最期まで看ることのできる住まいが選ばれて行くのではないでしょうか。

　実際､看取り介護まで行うと　言している高齢者向け住宅は増えて来ています｡この章では、その取組をするために必要な課題について取り扱います。

２　看取りケアに必要なこと

　その住宅が看取りケアをする場合、最低限必要なことは次のとおりです。

１）医療との連携

　在宅医療（訪問診療、訪問看護など）との連携が看取りケアの大前提です。主治医を中心としたチームケアで看取るための体制を作ります。

２）本人の意思の確認

　本人が病院で見ていただきたいのか、住まいで看取られることを希望するのか、その確認が必要です。もっともターミナル時には本人の意思の確認が困難な場合も多いので、入居時は当然として、入居後毎年○月に（例えば､「入居した月」）とか、リビングウィルの確認をすることが望ましいです。成年後見人がいれば後見人との確認が必要となります。これらは、基本的に書面で確認すべきです。※「看取りケアの同意書」参照

３）親族の意思の確認

　親族がいる場合、できるだけ親族の意思の確認もしておくべきです。このことで事後になってもめる例も多くあります（｢どうして病院に入院させなかったんだ！」とか)。まずは、親族について本人に詳しく聞いておくこと。｢万一の時、誰に連絡すればよいか」は重要ですし、親族にも自分の意思を伝えているのか確認しておきたいものです。そして、親族の同意もできるだけ書面で確認すべきです。

４）職員の看取り介護への共通理解

　特に若い世代の職員にとっては､「死」に臨む経験が少なく､「看取り」をするということに戸惑うことがあるかもしれません。関わってきた入居者が目の前で亡くなるという現実に耐えがたいかもしれません。看取り介護の意義についてしっかりとした共通理解が必要です。

５）看取り指針の作成

　そうした様々に予想されることを踏まえ、住まいとしての看取り指針の策定が望まれます。見本を項末に示しておきます。

６）看取り介護計画とカンファレンス

　看取り指針に基づいて、看取り介護計画を作成します。これは医療・介護事業者とのチームで合議することが必要です。

７）看取り介護の実践

　介護計画に沿って看取り介護を行います。環境整備、栄養・食事、清潔、排泄、　痛緩和、

精神的支援、家族への支援などが検討されます。介護計画は、本人の状態によって不断に見直されます。

８）家族へのケアと振り返り

　看取った後も、残された家族へのグリーフアア（悲　への援助)、また、看取りの振り返りが必要です。振り返りは、職員への具グリーフケアともなり得ますし、この後の看取り実践への質の向上のきっかけともなります。

参考：「特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン」（三　総研・2007 年）

３　終末期のケア（小規模多機能型居宅介護事業所より提供）

　死が近いということはどのようにすればわかるのでしょう。長年経験を積んだ医師でさえ、人の命がいつ終わるかをいいあてることは不可能です。しかし以下に示したサインがあれば、死が近づいたと考えることができます。すべてが一度に起こることではありませんし、起こらないこともあります。

傾眠がちになる

だんだん寝て過ごすことが多くなります。からだの代謝が悪くなるために生じてきます。無理に起こす必要はありません。死にゆく人のからだが要求している眠りです。

手足が冷たくなる

腕や足は徐々に冷たくなります。そして床に接している皮膚の色は　色になってきます。これらのことは、からだの血流が悪くなったためです。湯たん　や毛布などであたたかくすることも方法ですが、あたたかい人の手でマッサージすることが気持ちがよいようです。

落ち着きがなくなる、おかしなことをいう

からだがだるくて身の置き場がなくなり、じっとしていられず、終始手足を動かしたり、落ち着きがなくなります。また、ときに見えない人や物が見えるというようになります。これらのことは、脳へ酸素が十分にゆき渡らなくなり、からだの代謝が衰えてくることで生じます。背中や手足をさすってあげてください。足がだるそうなときは、足元に座布団を折って入れたり、クッションで高くするとすこし楽になります。おかしなことをいうときには、あわてて否定せず、落ち着いて話しかけるようにしてください。

食べなくなる

本人のからだは、食べたり飲んだりすることにエネルギーをさかないように、飲食することをだんだん要求しなくなってきます。死にゆく人のからだはもはや食物を必要としていないのです。そして飲み込むこともできなくなると、むせたり、気管に入ってせき込んだりすることがあります。このような場合は食べ物や飲み物、そしてのみ薬をあげずに口の中やくちびるを湿らせてください。また食べないと口の中が不潔になります。ガーゼや　　などで口の中をふいてください。

呼吸が不規則になる

呼吸が不規則になったり、10〜30 秒間呼吸をしなくなることがあります。これは循環機能が弱くなってきているために起こることです。この呼吸はしばらく続きますが、肩や下あごを使って息をするようになると本当に死が近いことを示しています。

息をするたびに苦しそうに声が出ることがあります。これは死前　鳴（ぜんめい）といって、のどがむくんできたり、のどにけいれんが起きて出てくるものです。介護している者には苦しそうに見えますが、患者さんは苦痛を感じる機能が低下してきていますので、苦しくはないのです。

尿量が減る、尿失禁や便失禁をする

死が近づくにつれて、尿の量が少なくなり、色が濃くなり、回数も減ります。また排泄のコントロールができなくなり、尿や便をもらしてしまうことがあります。

聴力は最後まで残る

徐々に患者さんはまわりのことが見えにくくなり聞こえにくくなりますが、最後までかけられた言葉を聞き取ることができます。患者さんの耳元に座り、話しかけましょう。

以上のことを理解しておけば、あわてないで安心して家での看取りをすることができるでしょう。

4　看取りケアの指針・同意書　＜見本＞

看取りに向けて　　　　　　　　小規模多機能型居宅介護　○○○○

〔ご自宅で最後を迎えるとは〕

生きてるいるので、いつかは死が訪れます。そのことを受け止め、御家族も一緒に受け止めましょう。主体は本人、家族です。

ここに書いてあることは、亡くなる前の体の変化をあらかじめ知り、理解する必要があると思われる事です。必ずしも順番通りに起こるわけではありません。

どのような場合でもあわてず、御家族がそばにいて本人に手を触れ、話しかける事が大切です。それがご本人の孤独感や不安感を和らげることになります。

〔死が近づいてきたときの変化〕

体を動かすことが難しくなり寝たきりの状態となります。

意識が薄れ、身近な人や時間や場所などが分からなくなり、おかしなことを言ったり、幻覚が現れる事があります。不安な状態なので話を聞き合わせましょう。

食事、水分を摂る量が減ります。無理せず本人に会わせましょう。

尿回数、便回数が減ります。

意識低下がみられ、呼んでも返事がなくなります。しかし最後まで耳は聞こえています。

　は乾燥し、呼吸するごとにゴロゴロ音がしますが、意識低下しているので苦しくはありません。

呼吸が不規則になり、時に呼吸を休むことがあります。

呼吸と一緒にうめき声を出すことがありますが、苦しさからではないので落ち着いて見守ってください。

手足が冷たくなり、同時に皮膚の色が青白く、斑点がみられることがあります。

〔実際に死が訪れた場合〕

呼吸が止まります。

揺り動かしても、大声で呼んでも全く反応がありません。

〔亡くなったと考えられた時にどうすればよいか〕

時間（○時○分）を確認して覚えていてください。

救急車や警察を呼ぶ必要はありません。

医師または管理者に連絡してください。

株式会社　○○

小規模多機能型居宅介護○○○○

作成：平成○年○月

看取りに関する指針

「小規模多機能型居宅介護　○○○○」における看取り介護の考え方

1　看取り介護とは

看取り介護とは、近い将来死に至ることが予想される方に対し、その身体的・精神的、苦痛をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行うことである。

2　看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場のご家族の思いも　　することも普通の状態と考えられる。

ご本人が長年過ごした場所で親しい人たちに見守られ自然な死を迎えられることを望む場合は、「小規模多機能型居宅介護○○○○」ではご本人またはご家族に対し以下の確認を事前に行い、理解を得ることとする。

①「小規模多機能型居宅介護○○○○」における医療体制として、かかりつけ医と連携し必要時は２４時間の連絡体制を確保して必要に応じて健康上の管理等に対応すること、及び、夜間は医療スタッフが不在であること、を理解いただくこと。

②　病状の変化等に伴う緊急時の対応については、日中は看護師又は管理者が医師との連絡を取り判断すること。夜間においては、夜間勤務職員又は管理者が連絡をとって緊急対応を行うこと。

③　家族との２４時間連絡体制を確保すること。

④　看取りに対する本人や家族の同意を得ること。

3　看取り介護の具体的支援内容

1）入居者に対する具体的支援

①ボディケア

・バイタルの確認　　・環境の整備を行う　　・安寧、安楽への配慮

・清潔への配慮　　　・栄養と水分補給を適切に行う

・排泄ケアを適切に行う　　・発熱、　痛への配慮

②メンタルケア

・身体苦痛への配慮　　・コミュニケーションを重視する

・プライバシーへの配慮を行う　　・全てを受容してニーズに沿う態度で接する

２）家族に対する支援

・話しやすい環境をつくる　　・家族関係の支援にも配慮する

・希望や心配事にも真　に対応する

・家族の身体的、精神的負担の軽減に配慮する　　・死後の援助を行う

４　看取り介護の具体的方法

１）看取り介護の開始時期

看取りの介護の開始時期については、医師により一般的に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ、医療機関での対応が薄いと判断した対象者につき、医師よりご本人または家族にその判断を　切丁寧に説明し、看取り介護に関する計画を作成し、終末期を「小規模多機能型居宅介護○○○○」で介護を受けて過ごすことに同意を得て実施されるものである。

２）医師よりの説明

①医師が、看取り介護が必要と判断した場合、看護職員または介護支援専門員を通じ、ご本人のご家族に連絡をとり、日時を決めてご自宅において医師よりご本人またはご家族に説明を行う。この際、「小規模多機能型居宅介護○○○○」でできる看取りの体制を示す。

②この説明を受けた上で、ご本人またはご家族は、看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関入院を希望する場合は、「小規模多機能型居宅介護○○○○」は入院に向けた支援を行う。

３）看取り介護の実施

①ご本人またはご家族がご自宅で看取り介護を希望した場合は、介護支援専門員は医師、看護職員、介護職員、栄養士等と共同して看取り介護の計画を作成すること。なお、この計画は医師からご本人またはご家族への説明に際し事前に作成しておき、その際に同意を得ることが望ましい。

②看取り介護の実施に対しては原則ご自宅での対応になるが、泊まりを希望する場合には対応を検討すること。

③看取り介護を行う際は、医師、看護師、介護職員等が共同でご本人の状態またはご家族の求めに応じ随時、ご本人またはご家族への説明を行い同意を得ること。

④ホームの全職員は、ご本人が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな死を迎えることができるように、ご本人またはご家族の支えとなり得る身体的、精神的支援に努めること。

５　夜間緊急時の連絡と対応について

　　夜間緊急時の連絡・対応マニュアル（別紙）によって適切な連絡を行うこと。

６　協力医療機関との連携体制について

「小規模多機能型居宅介護○○○○」は協力医療機関である「医療法人○○○クリニック」との連携により、365 日、24 時間の連絡体制を確保して、必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとっている。

７　看取り介護終了後のカンファレンス実施について

　看取り介護が終結した後、看取り介護実施状況についての評価カンファレンスをおこなうものとする。

８　責任者

　夜間緊急対応及び看取り介護については、管理者を責任者とする。

看取り介護の同意書

平成　　年　　月　　日

小規模多機能型居宅介護
　　小規模多機能型居宅介護〇〇〇〇　　管理者殿

私は、この度、下記立会人の立ち会いのもと、下記記載の医師から下記記載の本人に関する現在の状態についての説明を受け、本人の介護に関する今後の方針について、別紙ライフサポートワークプランに基づき看取りケアを行うことを、充分理解しましたので了承いたします。

また、本人の身体の状態が急変した場合には、家族が本人の最後の立会いに間に合わない場合があることについても理解し、承諾しました。

記

内容	別紙参照
説明医師	所属　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　印 場所 日時　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
事業所側 同席者	職名　　　　　　　　氏名　　　　　　　　印 職名　　　　　　　　氏名　　　　　　　　印 職名　　　　　　　　氏名　　　　　　　　印
ご本人	住所 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印
立会人 （ご家族等）	住所 氏名　　　　　　　　印　ご本人との関係（　　　　　）

第7章　その他の社会福祉制度・社会保障の活用

Ⅰ　社会保障の体系

　法第25条は、「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」また、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と定めています。

まず、「社会保障」の定義について、前段で少し整理しておきましょう。

社会保障の概念は、国によってもちろん異なっています。我が国では、戦後、社会保障制度審議会が、所得保障のほかに医療、社会福祉、保健、公衆衛生を含む概念としてこれを捉え、政府に勧告しました。

この主要な柱は、①公的　助、②社会保険、③社会福祉、④公衆衛生、⑤老人保健、の５つに大別することができます。これによって、我が国の社会保障制度は社会の多様なニーズに対応し、様々な仕組みが整備され充実が図られてきました。

それぞれの柱について、表１を基に解説します。

（以下、現代福祉学レキシコン〈第二版〉　山　出版より引用）

①公的　助

現実に生活困窮状態にある人に、国又は地方自治体がその者の資力と需要を調査の上、その必要に応じて保険料の負担無しに、公的な一般財源から支出される現金等の経済給付を行うことです。

②社会保険

被保険者が事前に保険料を拠出し、生活困難の原因となる特定の事態が起こった場合に
約束された拠出に見合う給付を行う制度で、保険料の拠出が給付の条件となっています。

③社会福祉

個人・家族・地域において生ずる生活上の困難と障害を社会的責任において解決ないし緩和することを目標とする、政策的・地域的・集団的・個人的な諸活動の総称です。

④公衆衛生

地域社会のすべての人に健康を保持できる生活水準を保障する社会制度の発展のための地域社会の組織的な努力により、疾病を予防し、生命を延長し、身体的、精神的な健康と能率の増進をはかる科学、技術です。

⑤老人保健

１９８３（　５８）年に施行された老人保健法によって、体系化されたもので、疾病構造の変化や高齢化社会の到来に対応し、予防から医療、機能訓練などにいたる総合的、一体的な保健医療施策を行うことです。

本来、社会保障の目的は、生活の安定が、加齢や疾病、事故等の原因で脅かされても、国が生活を保障することにあります。つまり、生存権の保障です。

敗戦後の日本の混迷状況の最優先課題は、復興とともに国民生活の基盤の再構築にありました。ですから、公的　助（生活保護）の仕組みが真っ先に出来上がったことのです。

その後、我が国は、高度経済成長を経て、社会保障が　次、公的　助から社会保険に比重が置かれていきました。しかし、時代の変遷とともにその中核である「国民皆保険、皆年金」のシステムも、少子高齢化に伴う社会構造の変化や非正規労働者の増加等によって、その基盤が揺らい

できました。そこで、政府は、「社会保障・税の一体改革大　（平成２４年２月　議決定）」の中で、社会保障制度が国民の共有財産として国民相互で支え合うべきであるとし、社会保障の改革の必要性を　いました。しかし、多くが問題山積の状態で、決して予断を許さない厳しい状況にあります。

【表１】　我が国の社会保障体系

□狭義の社会保障		
	①公的扶助	生活保護、社会手当
	②社会福祉	老人福祉、児童、母子に対する福祉、身体障害児・者、 知的障害者に対する福祉等
	③社会保険	健康保険、年金保険、介護保険、労働者災害補償保険、雇用保険、 船員保険、各種共済保険等
	④公衆衛生 及び医療	結核、精神、麻薬、感染症対策、環境衛生、食品衛生、産業衛生等
	⑤老人保健	老人保健・医療施策　※老人保健法
□広義の社会保障		
	恩給、戦争犠牲者援護	
□社会保障関連制度		
	住宅、雇用対策	

（資料　厚生労働白書、国立社会保障・人口問題研究所より引用）

※老人保健法は、高齢者の健康の保持や医療の確保を図り、保健の向上、老人福祉の増進を図ることを目的として制定されたが、

この趣旨を踏襲しつつ発展させることを目的に、平成18年の医療制度改革の中で全面的な改正が行われ、「高齢者の医療の確保に　関する法律」に改称されている。

Ⅱ　生活保護・年金・障害者福祉

１　生活保護

生活保護制度は、冒頭の　法第25条の生存権保障の理念を具体化した「生活保護法」に基づく最低生活保障の制度です。我が国の「公的　助」の中核をなし、生活保護の前史的な制度である　救規則（明治7年）や救護法（　和4）とは異なり、社会保障制度の一分野として戦後、展開してきました。

種類と内容は、表２のとおりです。その困窮の程度により必要な　助がされ、かつ国の具体的な基準によって年齢別、世帯構成別に支給が決定される仕組みになっています。

【表２】　生活保護基準における各扶助の概要

種類			内容
生活扶助	第 1 類 費		食費・被服費等の個人単位の経費（年齢別）
	第 2 類 費		光熱費家具什器等の世帯単位の経費及び地区別冬季加算(世帯人
	入院患者日用品費		病院等に入院している被保護者の一般生活費
	介護施設入所者基本生活費		介護施設に入所している被保護者の身の回り品等一般生活費
	加　算	妊産婦加算	栄養補給等妊産婦の特別な需要に対応
		母子加算	一方の配偶者が欠ける状況にある者等が児童を養育しなければならない
		障害者加算	障害を抱えることによって生じる特別な需要に対応
		介護施設入所者加	介護施設に入所している被保護者の教養娯楽等特別な需要に対応
		在宅患者加算	在宅患者の栄養補給等のための特別な需要に対応
		放射線障害者加算	原爆放射能による負傷、疾病の状態にある者などに係る特別な需要に
		児童養育加算	中学校修了前の児童の教養文化的経費等の特別需要に対応
		介護保険料加算	被保護者が負担すべき第1号保険料に対応
	期末一時扶助		年末における特別需要に対応
	一時扶助		保護開始時、出生、入学、入退院時などに際して、必要不可欠の物資を 欠いており、かつ緊急やむを得ない場合に対応
住宅扶助	家賃、間代等		借家・借間の場合の家賃・間代等や、転居時の敷金等、契約更新料
	住宅維持費		現に居住する家屋の補修又は建具、水道設備等の従属物の修理経
教育扶助			義務教育に伴って必要な学用品費等
介護扶助			介護保険並びでの給付
医療扶助			国民健康保険並びでの給付 （国保等の取扱により難い場合でも一定の要件で給付）
出産扶助			出産に伴い必要となる費用（施設分娩・居宅分娩）
生業扶助	生業費		生計の維持を目的とする小規模の事業を営むための資金又は生業を行
	技能修得費	技能修得費	生計の維持に役立つ生業につくために必要な技能を修得するための
		高等学校等就学費	生活保護を受給する有子世帯の自立を支援する観点から、高等学校等
	就職支度費		就職のために直接必要となる洋服代、履物等の購入費用
葬祭扶助			葬祭に伴い必要となる費用
勤労控除	基礎控除		勤労に伴って必要な経常的増加需要に対応するとともに勤労意欲の助長
	特別控除		勤労に伴って必要な年間の臨時的需要に対応
	新規就労控除		新たに継続性のある職業に従事した場合の特別の経費に対応
	未成年者控除		未成年者の需要に対応するとともに、本人及び世帯員の自立助長を

（資料　厚生労働省年金局「平成23年度　年金制度のポイント」より引用）

生活保護制度には、4つの原理と、支給決定のための4つの原則があります。
（以下、現代福祉学レキシコン〈第二版〉　山　出版より引用）

１）　4つの原理

（１）国 家 責 任 の 原 理
目的は、生活困窮者へ最低限度の生活を保障し、その自立の助長を図ります。
（２）無差別平等の原理
困窮に陥った理由の　何、人種、信条、社会的身分、門地等に差別されません。
（３）生存権保障の原理
健康で文化的な生活水準の維持が、最低限度の生活によって保障されます。
（４）保護補足性の原理
保護は、生活困窮者が、その利用しうる資産や能力等を活用することを要件とし、他の　制度による　助はこの法律（生活保護法）による保護に優先して行われるものとされています。

２）　4つの原則

（１）申請保護の原則
保護は、要保護者等の保護請求権の行使に基づいて開始されます。
（２）基準及び程度の原則
保護は、国が定める保護基準に基づき要保護者の需要を測定し、その不足分を補う程度において行うものとされています。
（３）必要即応の原則
保護は、要保護者及びその世帯のニーズを考慮し有効適切に行うものとされています。
（４）世帯単位の原則
保護は、世帯を単位としてその要否、程度を決めるものとされています。

３）　現状と課題

我が国のように生活保護（公的　助）を社会保障の主たる制度と位置づけている国は、他の先進国に例がありません。殆どの国では、社会保険を主軸に、公的　助は、あくまで社会保険の適用にならない人への補足的なものとして捉えているところに特徴があります。

平成24年のデータによると、受給者数が210万人弱、受給世帯は約152万世帯で、被保護世帯のうち４割以上が高齢世帯となっています。また、支給総額では平成22年度決算で約3兆3000億円にも上っています。

最近では、生活保護費の不正受給の問題が新聞報道等で大きく取り上げられるようになりました。摘発の大半は、収入があるのにも拘わらず、申告せずに受給を受けるケースです。これは制度上、収入分が　除されたあとの金額が支給されることになっているからです。

上述したように受給者が200万人を突破し、受給者が激増する現状のなかで、地方自治体が不正受給を詳細に調査することが遅々として進まないのは、ケースワーカーの人員体制等の構造的な課題も、その大きな要因の一つとなっています。

また、他方では、生活保護の　養義務強化の動きへの加速や現受給者に対して社会的なバッシングも起きています。その原因の発端として、受給額の面では、労働者の最低賃金による所得（＝

税金、社会保険料　除後の手取り額）が、生活保護の給付水準よりも低い「逆転現象」が起きていることも原因の一つと言われています。ちなみに北海道では、最低賃金は、平成24年度は、719円／時給ベース、で生活保護より時給換算で16円低い水準となっています。この現状を踏まえ、政府は保護支給水準の原則1割カットを打ち出し、さらに受給者の医療費（医療　助）適正化を進め、保護費を8000億円削減する方針を掲げています。

しかし、受給者のほとんどは勤労ができない厳しい事情や困窮に陥った個々に深刻な背景を抱えており、一方的に給付額を引き下げることは慎重を期すべきとの意見も出ています。不正受給防止策の強化も必要ですが、自立に向けた実効可能な就労支援を実施したり、中長期的な視点から、社会保障制度全体から同制度を捉え、制度の見直しを図っていくことも重要な視点だと考えられます。

２　年金

公的年金は、納付した保険料に運用益を加算し支給する積立方式ではなく、現役世代の納付保険料によって受給対象者への給付をまかなう世代間　養による　課方式を採用しています。年金制度は、近年、3～5年毎に改正が実施され、負担と給付のバランスが図られるよう今後も見直しが予定されています。

平成21年度から、それまでの3分の1であった国庫負担割合を2分の1に引き上げ、賃金や物価に応じて給付額をスライドし、かつ保険料負担の上限を設けて、給付水準を50%確保することにしています。厚生労働省の試算によると、保険料と年金のスライドを考慮して計算した結果、2000年生まれの人は、納付保険料と年金給付額の比率が厚生年金では、2.3倍、国民年金では、1.5倍となっており、払い損にはならないとしていますが、特例水準の解消や40万人以上に上る無年金者の救済対策によって、現役世帯の手取り賃金の50%を将来、確実に保障されるかどうかは、疑問視する向きもあるようです。

１）　制度体系

上述したとおり、我が国では、国民皆年金によって公的年金制度は整備されてきました。　和61年の制度改正により、基礎年金制度が導入され、現役世代はすべて国民年金の被保険者であり、これに加えて、会社員は厚生年金、公務員は共済年金に加入し、報酬比例の上乗せ部分が併せて支給される「２階建て支給制度」が出来上がりました。（図１参照）

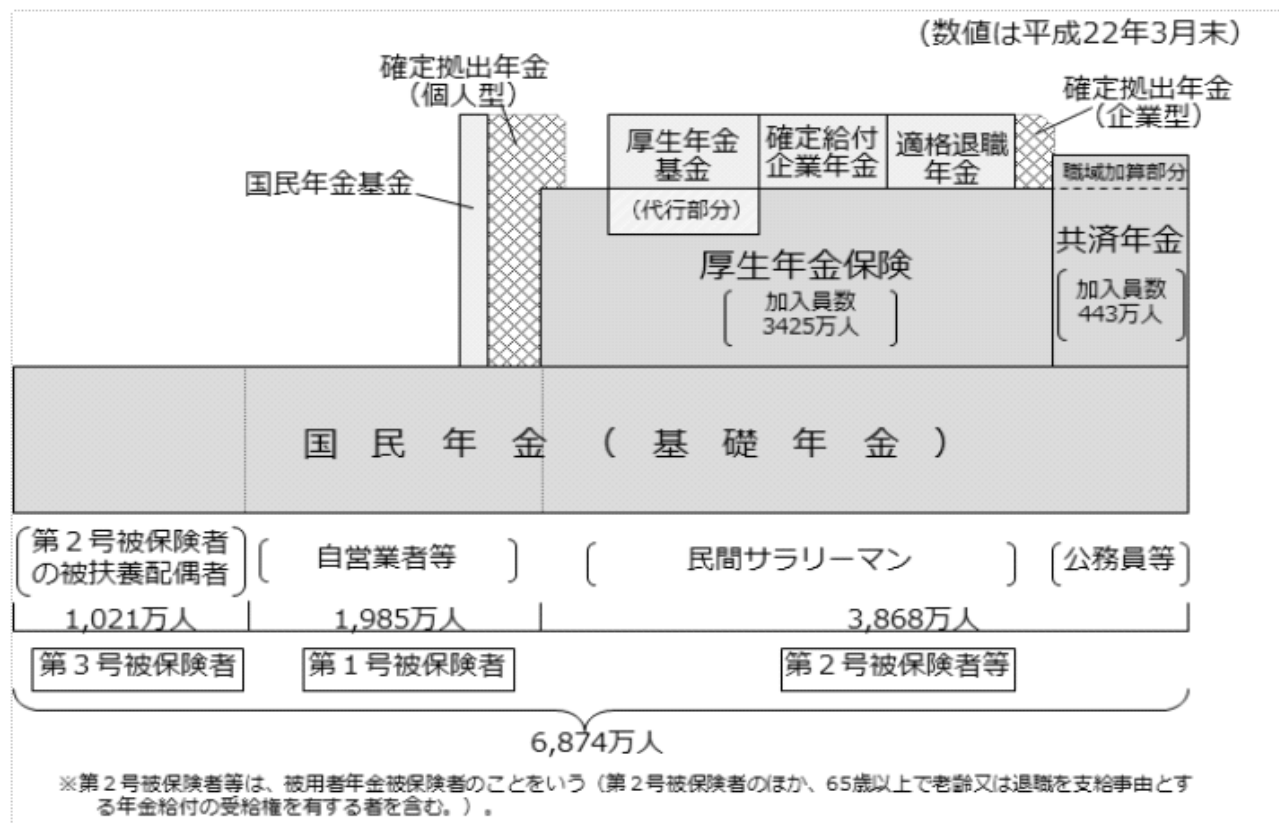
給付面では、国民年金、厚生年金保険ともに、老齢給付、障害給付、遺族給付があります。負担面では、平成16年度から13,300円から毎年度280円ずつ引き上げられ、平成29年度に16,900円で上限に達し、それ以後は同額が維持されることとされています。

２）　現状と課題

年金制度を取り巻く環境は厳しい状況にあります。少子高齢化の進展や終身雇用制度の崩壊とともに非正規労働者が増加していること、また、これらに呼応し、景気低迷により国民年金保険料の納付が経済的な理由で難しいケースが増えています。国は、保険料の免除制度（一部、半額、全額）を導入しましたが、全額免除が増加し、納付率も平成22年は、59%となり、過去最低となっています。納付免除制度のみでは、納付率が上昇しないことが徐々にわかってきました。

他方、支給面では、長寿化が進む中で受給期間が長くなり、年金財政を圧迫することになります。円高、株価低迷や低金利によって、年金資産の運用環境がさらに悪化していることも拍車をかけています。

このような中で、将来の情勢を見据え、非正規労働者（特にパートタイマー）に対する厚生年金保険の新たなる適用、厚生年金保険と共済年金の一元化とともに受給資格期間の短縮など様々な議論がされています。

【図１】年金制度の体系

（資料　厚生労働省年金局「年金制度のポイント」より引用）

３　障害者福祉

障害者福祉とは、身体障害や知的障害、精神障害を持つ人への施策やサービスの総称です。

障害者福祉サービスは、働く意欲、意思を有しているのに心身の障害のために就労が難しい人への就労支援や所得保障等を行うことは　論のこと、障害者が今ある能力や生活支援、医療、介護サービスを活用し、できるだけ自立した生活の実現を目指すこと、「自己実現」と「ＱＯＬ（生活の質）の向上」を図ることが目的です。

１）　展開の経緯

我が国で障害者福祉が公的に始まったのは、1949年に制定された身体障害者福祉法が　矢です。生活保護制度と同様に、戦後の混乱期に、施傷　　人や戦災孤児の救済対策として法の整備が急がれたためです。その後、一般国民も含めた施策として進展を見せていくことになります。1960年には、精神薄弱者福祉法（後に知的障害者福祉法）、だいぶ遅れて1995年に精神障害者福祉法が制定されました（※前身の精神衛生法は1950年制定）。

では、展開のプロセスを主だった施策から見ていきましょう。

1983年から、「国連、障害者の１０年」がスタートしたことから、我が国も、障害者対策に関する新長期計画が策定され、障害者による完全参加と平等を目指す計画が中心に位置づけされるようになりました。その後、ハートビル法（1994年）や交通バリアフリー法（2000年）※二法は2006年に統合、が制定され、介護保険制度が始まった2000年には、障害者福祉サービスの利用が従来の措置制度から支援費制度に変更され、2003年から実施されました。

この支援費制度は、市町村がサービスの支給決定をし、それに応じて利用者がサービス提供事業者を選択、契約し、サービスを受けるという仕組みです（介護保険のような応益負担＝1割負担でなく、応能負担）。利用者の自己選択、決定を尊重したものとして意義がありますが、地域に選択できるほどのサービス提供事業者が少ない場合など地域間格差や知的障害者のように判断能力が　っている場合の権利擁護などの課題は重要になりました。

2005年には、支援費制度を発展させた「障害者自立支援法」が成立し、今まで障害種別毎に異なる法律に拠っていた福祉サービスや医療（公費負担医療）等が、この法律に統合され、サービスが提供されることになりました。また、福祉サービスの利用者の負担は、応益、定率負担になり、このことが障害者団体や関係福祉団体などから厳しく　判されることとなりました。

そうした　判を受け、国は障害者自立支援法を見直すことを約束し、当事者も交えた検討部会（総合福祉部会）で新たな総合福祉的な法制度を検討してきました。

２）　障害者福祉制度見直しの骨格提言と障害者総合支援法

障害者総合支援法（以下、新法）が、2012年6月に参議院で可決し成立しました。

同法案策定過程で、障害者総合福祉法の骨格につき、総合福祉部会が行った提言（骨格提言）」や障害者自立支援法違　訴　基本合意（基本合意）」を踏まえて、障害者自立支援法を廃止し、障害者福祉制度を抜本的に見直すとされていいました。しかし、実際には、障害者自立支援法の一部改正にとどまりました。

【表３】　障害者自立支援法による支援と障害者総合福祉法の骨格による支援の比較

障害者自立支援法	障害者総合福祉法の骨子（骨格提言）	
介護給付費・訓練給付費等	全国共通の仕組みで提供される支援	
就労移行　就労継続Ａ・Ｂ	障害者就労センター	①就労支援
生活介護 ○地域活動支援センター	デイアクテイビテイセンター （作業活動、文化・創作活動、自立	
自立訓練（生活訓練） 自立訓練（機能訓練）		②日中活動等支援
○日中一時支援 短期入所	日中一時支援 ショートステイ	
グループホーム	グループホーム	③居住支援
ケアホーム		
施設入所支援	施設入所支援	④施設入所支援
重度訪問介護	パーソナルアシスタンス	⑤個別生活支援
居宅介護	居宅介護	
行動援護	移動介護 ※障害児も対象	
同行援護※2011.10.1～		
○移動支援		
○手話通訳者等の派遣	コミュニケーション支援 通訳・介助支援	⑥コミュニケーション支援及び通訳・介助支援
補装具	補装具	⑦補装具・日常生活用具
○日常生活用具の給付・貸与	日常生活用具	
○相談支援		⑧相談支援
		⑨権利擁護
	地域の実状により提供される支援（市町村独自支援）	
	・福祉ホーム　・居住サポート　・その他	

（資料　東京都社会福祉協議会「障害者自立支援法とは・・・」より引用）

注視すべきことは、福祉サービスの決定につながる障害程度区分の見直しは先送りされた形になったことです。この障害程度区分が、新法では、障害支援区分とされ2013年4月の法施行後3年を目処に見直すとされました。障害支援区分は、身体、知的及び精神障害のある人を、予め決められた基準、　度で区分することで、結果として利用可能なサービスが決まる仕組みとなるため、その動向が注目されていました。

また、サービス利用料の原則無償化は、既に低所得者への無料化が達成されている理由から、明記されませんでした。地域自立支援に関しても、可能な限りという文言が入りましたが、地域間格差是正は課題として残っています。

一方、障害者サービスの対象の中に、肢体不自由障害者に限定していた長時間の重度訪問介護を知的、精神障害者にも利用の間口を拡げました。また、ケアホームとグループホームの一元化、意思疎通に障害がある人への支援が盛り込まれました。

しかし、総じて、新法には、骨格提言の内容があまり反映されておらず、この見直しについては、障害者団体関係者で構成される「障害者政策委員会」で議論することになりますが、今後の再検討の行方が注目されます。

４　各種制度と高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅は、日常生活や介護に不安を抱く高齢者単身・夫婦のみ世帯が、施設への入所ではなく住みなれた地域で安心して暮らすことができるように、2011年10月に新たに創設された登録住宅制度です。

入居高齢者が、穏やかに安心して日常生活を住宅で送るためには、日常、惹起する生活課題、問題に対し、きめ細かな対応が要求されて来るのは必至です。また、これらの問題の多くは、多面的、複合的な様相を呈しているため、相談に対応する職員の資質に左右されると言っても過言ではありません。

では、どのような相談員を頭に描いたら良いでしょうか
同じ、施設（居住）系サービスでも特養や老健で常置されている相談談員やケアマネジャーとは、異なります。介護保険制度等で運営している施設とは違うからです。実際には、福祉や介護サービスのみならず、年金やその他の関連サービスにかかる広範な知識が要求されます。通院医療機関など外部機関や必要なサービス事業者につなぐ窓口の役割も担うわけです。つまり、総合コーディネーターの役割が期待されていると言って良いでしょう。

５　市町村独自のサービス

福祉サービスには市町村の独自サービスが多いものです。また、介護保険制度は、　年度の改正で運営基準を初めとする多くの権限が市町村へ委譲されました。障害者総合支援法も市町村の権限で行うサービスが多くなっています。

すなわち、サービスは全国一律ではない状況となっていますので、高齢者向け住宅がある市町村のサービス内容をよく知っていることが大事です。

特に、市町村の広報などには　々まで眼を通し、その市町村がどのような運営をして、どのような住民サービスに力を入れているのかなどを把握することは、とても大切なことです。

【チェックポイント】

□経済基盤である年金受給状況等に支障を来していないかどうか、平素、確認している。
□入居開始時と以後の経済状況について、顕著な変化がないか確認している。
□現金､通帳ほか自己保有財産などの重要な書類の保管ができているか確認している。
□介護や医療サービスの提供を受けている場合､サービスの内容（支払の　行等を含む）等を常に把握している
□生活の継続を脅かす訪問販売や悪徳商法などで金銭的な被害を被っていないか、確認している。

引用・参考文献
村多加志『新版社会福祉士養成講座５社会保障論（第2版）』中央法規、2003.
村多加志『新版社会福祉士養成講座６公的　助論（第2版）』中央法規、2003.
林　『テキスト３　介護保険と社会福祉の制度』医療企画、2011.
東京都社会福祉協議会『障害者自立支援法とは・・・制度を理解するために』東京都社会福祉協議会、2012.
葉則夫『サービス付き高齢者向け住宅徹底攻　ガイド』日経ＢＰ社、2011.
長坂　子『現代福祉学レキシコン（第２版）』　山　出版、1998.

Ⅲ　支援を要する人々への関わり

高齢者向け住宅には、様々なニーズがあります。退院後の生活の場であったり、介護保険施設に入所できないために入居するという傾向も多くなっています。

近頃目立つのは、様々なリスクを抱えた人々がその社会的受け皿がないがために、高齢者向け住宅に入居する傾向です。例を挙げると、同居家族から虐待を受けていて分離が必要だが「やむを得ない措置」を取るほどに深刻では無いケースとか、刑務所を出所したが高齢で住まうところもない方とか、介護者が急に入院、死亡するなどして取り残された要介護者とかです。

多くは、保証人がいないがために一般の賃貸住宅に入居することができず、高齢者向け住宅を最期のよりどころとして、紹介されることが多いです。紹介元は、このようなケースを比較的よく扱う地域包括支援センターや地域生活定着支援センター（主に刑務所出所者の地域生活を支援）などです。

このような生活リスクのある方はもちろん社会全体で支えなければなりませんが、いざ、自分の住まいでとなると、「他の入居者とうまくやれるだろうか」とか「きちんと家賃払ってくれるだろうか」とか「家族や知人がやってきて面倒なことを言ってこないだろうか」とか、様々な心配事が思う浮かぶのも無理はありません。

入居相談の段階で断ることもその住まいの方針ですが、高齢者向け住宅にはこのような方々を支える期待も寄せられていることも事実です。

このような方々を支えるには、住まいだけでは難しく、他の社会資源との連携が必要です。また、生活相談員には、ソーシャルワーク的なアプローチが求められます。

ご本人のものごとの理解度が低い場合は、まず成年後見人の活用を考えます。

〇連携する社会資源

・成年後見制度は、弁護士会、リーガルサポート（司法書士会）、ぱあとなあ北海道（社会福祉士会）など
・法的に限度を超えた問題や契約の不　行は弁護士、司法書士など
・生活上の問題は、地域包括支援センターやケアマネジャーなど
・保証人などの問題は、保証人協会や保証人支援をするNPO（取り組む　ＰＯが増えている）など
・その他、共通する様々な問題には、事業者連絡会（例：北海道高齢者向け住宅事業者連絡会）などがチームを組んで対応するシステムをつくりつつありますので、ご相談下さい。

第８章　入居者の権利擁護

Ⅰ　契約

１　契約とはなにか

１）契約の成立

契約は、申込みと承諾の２つの意思表示が合致することによって成立します。わが国では、一部の例外を除き、契約の成立に契約書を作成することを要件としません。例えば、スーパーマーケットでの食料品の売買では、通常、契約書は作成されませんが、「客が商品をレジに持って行く（＝申込み)」と「店員がレジで会計を行う（＝承諾)」により、契約が成立することとなります。

また、サービス付き高齢者向け住宅の入居については、次のような過程をたどる契約であるといえます。なお、サービス付き高齢者向け住宅の入居契約のあり方については、「高齢者向け住宅の自己評価ガイドライン」の契約の項についても参考としてください。

①　パンフレットの配布や内覧の実施　→　申込みの誘引

※　消費者契約法の規制を受けることとなります。

②　入居申込者が入居したい旨を示す　→　申込み

③　入居を承諾する　→　承諾

２）契約の種類

民法では、次の１３種類が契約類型として規定（典型契約）されており、また、これに該当しない契約については無名契約といわれます。サービス付き高齢者向け住宅の入居契約は、賃貸借契約と委任契約の要素が混在した契約形態といえます。

（１）　与契約

当事者の一方が自己の財産を無償で相手方に与える意思を表示し、相手方が受諾をすることによって効力を生ずる契約です。

（２）売買契約

当事者の一方がある財産権を相手方に移転することを約束し、相手方がこれに対してその代金を支払うことを約束することによって成立する契約です。

（３）交換契約

当事者が互いに財産権（金銭の所有権以外のものに限られる。）を移転することを約束することによって成立する契約です。

（４）消費貸借

当事者の一方が種類、品質及び数量の同じ物をもって返還をすることを約束して相手方から金銭その他の物を受け取ることによって効力を生ずる契約です。

（５）使用貸借

当事者の一方が無償で使用及び収益をした後に返還をすることを約束して相手方からある物を受け取ることによって効力を生ずる契約です。

（６）賃貸借契約

当事者の一方がある物の使用及び収益を相手方にさせることを約束し、相手方がこれに対してその賃料を支払うことを約束することによって成立する契約です。

（７）雇用契約
　当事者の一方が相手方に対して労働に従事することを約束し、相手方がこれに対してその報酬を与えることを約束することによって成立する契約です。
（８）請負契約
　当事者の一方がある仕事を完成することを約し、相手方がその仕事の結果に対してその報酬を支払うことを約することによって成立する契約です。
（９）委任契約
　当事者の一方が法律行為をすることを相手方に委託し、相手方がこれを承諾することによって成立する契約です。
（１０）寄託契約
　当事者の一方が相手方のために保管をすることを約束してある物を受け取ることによって成立する契約です。
（１１）組合契約
　各当事者が出資をして共同の事業を営むことを約することによって成立する契約です。なお、組合の法的性質については、契約というよりも合同行為であると解する説もあります。
（１２）終身定期金契約
　当事者の一方が、自己、相手方又は第三者の死亡に至るまで、定期に金銭その他の物を相手方又は第三者に給付することを約束することによって成立する契約です。
（１３）和解契約
　当事者が互いに譲歩をしてその間に存する争いをやめることを約束することによって成立して契約です。

３）契約書の意義
　前述したとおり、一部の例外を除き、契約書の作成は契約の要素ではありません。この「一部の例外」には、介護保険法の特定施設入居者生活介護のサービスの利用にかかる契約などがこれに該当し、運営に関する基準において「入居及び指定特定施設入居者生活介護の提供に関する契約を文書により締結しなければならない」と規定されています。
　このように法的な規制として契約書を作成しなければならない例のほか、契約書を作成するメリットとして一般に次のような事項が挙げられます。
①　契約に関するトラブルが生じたときに、契約内容を確認することができる。
②　訴　となった場合に、証拠能力の高い文書となりうる。
③　契約の当事者の一方又は　方が法人である場合において、当該事務の担当者が交替しても、契約内容の確認が容易である。

２　契約の主体
１）権利能力
　権利能力とは、私法上の権利や義務の帰属主体（「契約の主体」となることを含みます。）となりうる資格をいいます。権利能力は、自然人と法人に限られます。
　自然人は、生存している人間のことをいいます。
　一方、法人とは、自然人以外のもので、法律により権利能力（法人格）を認められたものを

いいます。法人には、会社法人（株式会社、合同会社など）や一般社団法人、一般財団法人、医療法人、社会福祉法人、特定非営利活動法人などがあります。契約の主体となり得るのは、自然人と法人ですので、例えば、会社は当然契約主体となりますが、会社の組織の単なる一部門であって法人格を有しないものが契約主体となることはできません。

２）意思能力と行為能力

（１）意思能力とは

意思能力とは、有効に意思表示をする能力をいい、民法では「事理を弁識する能力」と表現しています。

近代の私法においては、「私法上の法律関係においては、個人がその自由意思に基づき自律的に形成することができる」という私的自治の原則を基調としています。民法に「有効な法律行為をなすためには意思能力が必要」とする直接的な記載はありませんが、こうした私的自治の原則の考え方から、意思能力を欠く人の法律行為（契約を締結することを含む。）は原則として無効とされ、判例もこの考え方を採っています。

（２）制限行為能力者制度

行為能力とは、単独で確定的に有効な法律行為をなし得る能力をいい、この行為能力が制限されるも者を民法では制限行為能力者といいます。民法では、次のような制度によって、制限行為能力者を保護するとともに、その法律行為の相手方の利益との調整を図っています。

①　未成年者

未成年者とは、２０歳未満の者をいいます。

未成年者が法定代理人の同意を得ないでした法律行為は、取り消すことができるものとされています。ただし、「単に権利を得、又は義務を逃れる行為」など、一部の行為については、取り消すことができる対象から除外されます。

②　成年被後見人

成年被後見人とは、精神上の障害によって事理を弁識する能力を欠く常況にある者で、家庭裁判所により後見開始の審判を受けた者をいいます。

成年被後見人が単独で行った法律行為は、原則として、取り消すことができます。（詳細は、成年後見制度の章を参照してください。）

③　被保佐人

被保佐人とは、精神上の障害によって事理を弁識する能力が著しく不十分な者で、家庭裁判所により保佐開始の審判を受けた者をいいます。

被保佐人は、単独で法律行為をすることができますが、民法に定める一定の法律行為（重要な財産上の行為）について、被保佐人が保佐人の同意を得ないで行ったときは、これを取り消すことができます。（詳細は、成年後見制度の章を参照してください。）

④　被補助人

被補助人とは、精神上の障害によって事理を弁識する能力が不十分な者で、家庭裁判所により補助開始の審判を受けた者をいいます。

被補助人は、単独で法律行為をすることができますが、家庭裁判所から同意権付与の審判があった場合で、民法に定める一定の法律行為（重要な財産上の行為）の一部について、被補助人が補助人の同意を得ないで行ったときは、これを取り消すことができます。

⑤　取消しの効果

制限行為能力者制度により取り消された法律行為は、初めから無効とされます。つまり、制限行為能力者が譲り受けたり給付を受けたりしたものは相手方に返還し、その一方で制限行為能力者からの給付について相手方に返還を求めることができます。

なお、制限行為能力者の保護の観点から、制限行為能力者の返還義務は、現に給付を受けている限度で足りることとされています。

３　契約の有効要件

契約が申込みと承諾の意思表示の合致によって成り立つことは前述のとおりです。しかし、　違いや他人からの脅しによって真意に反する内容の契約となった場合にも、その契約内容を守ることは、その意思の表意者にとって　であり、民法では、一定の保護をする仕組みを設けています。ここでは、その一例を紹介します。

１）　誤

　誤とは、表示に対する意思が不存在であり、さらに意思の不存在について表意者の認識が欠けていることをいいます。契約の過程における「言い間違い」や「　違い」がこれに該当します。

民法では、法律行為の要素に　誤があり、表意者に重過失がない場合については、　誤による意思表示は無効となることとされています。

この「法律行為の要素の　誤」とは、意思表示の重要な部分についての　誤がなければ、当事者がそのような意思表示をせず、一般の通念に照らしてもそのような意思表示をしないことが　当とされる場合を示します。また、「重過失」とは、　誤に陥ったことについて一般に期待される注意を著しく欠いていることをいいます。

また、意思表示をするに至った過程において　違い等がある場合を「動機の　誤」といいます。例えば、ある絵画（　作）を本物と　違いして購入した場合が該当します。動機の　誤がある場合には、原則として表意者は無効を主張することはできませんが、その動機が意思表示の内容として表示され相手方もそれを認識できる場合（例えば「　作ではなく本物だからその絵画を買うと相手方に示していた場合など」）については、無効を主張することができます。

２）　欺

　欺とは、人を欺　して　誤に陥らせる行為をいいます。

　欺によりなされた意思表示は原則として取り消すことができますが、この取消しをする前の善意（そのことに関して知らない）の第三者には、取消しを対抗（主張）できません。

３）強迫

強迫とは、相手方に　怖させ、それによって意思表示をさせることをいいます。

強迫によってなされた意思表示は、取り消すことができます。

４　代理

１）代理とは

代理とは、代理人（A）が本人（B）のためにすることを示して、本人（B）の名において

相手方（Ｃ）に意思表示をし、また、その法律効果を直接本人（Ｂ）に帰属させることをいいます。

代理の成立のためには、次の要素が必要となります。

① 代理人に代理権があること

② 顕名（本人のためにすることを示すこと）があること

※ 例えば「Ｂ代理人Ａ」と表示することとなります。

③ 有効な法律行為が行われたこと

２）法定代理と任意代理

代理には、法定代理と任意代理があります。

法定代理とは、法律の規定によって代理権が与えられる代理であり、代理権の範囲についても法律で定められた範囲となります。成年後見人の有する代理権は、法定代理に該当します。

任意代理とは、本人の意思によって、他人に代理権を与える代理です。代理権の範囲は、代理権 与行為の内容で決まります。

３）本人と代理人の関係

代理人が代理権の範囲内で有効に代理行為を行ったときは、その効果はすべて本人に帰属します。

一方で、代理権がない（代理権の範囲を超える法律行為が行われた場合を含む。）にもかかわらず代理人による代理行為が行われた場合を無権代理といい、原則として、本人に契約の効果は及びません。

【チェックポイント】

□ 契約は、申込みと承諾の意思表示の合致で成立する。

□ 契約の主体となりうるのは、自然人と法人のみである。

□ 意思能力を欠く人の法律行為（契約を締結することを含む。）は原則として無効である。

Ⅱ 金銭管理

１ サービス付き高齢者向け住宅における金銭管理

サービス付き高齢者向け住宅において、入居者の金銭管理は入居者本人もしくは親族が本来であれば行うべきですが、入居者が認知症の場合や親族による管理ができない場合など、入居者本人もしくは親族による金銭管理が困難な場合があります。そのような場合は、日常生活自立支援事業などの活用を優先すべきですが、諸事情により早急な活用が困難な場合もあり、事業所が本人に代わり日常の金銭管理を行わざるを得ない場合があるかと思います。本項では、入居者の権利擁護の観点から金銭管理のあり方について説明します。

２　金銭管理に関する規定の整備

厚生労働省が策定した有料老人ホーム標準指導指針において、金銭徹管理に関する指針が示されています（表１）。サービス付き高齢者向け住宅においても、この指針に準拠する形で指針整備・運用を行うのが好ましいと考えます。

（表１）有料老人ホーム設置運営標準指導指針（平成 24 年 3 月 16 日改訂版）

７　サービス　（８）金銭的管理
入居者の金銭、預金等の管理は入居者自身が行うことを原則とすること。ただし、入居者本人が特に施設に依頼した場合、又は入居者本人が認知症等により十分な判断能力を有せず金銭等の適切な管理が行えないと認められる場合であって、身元引受人等の承諾を得たときには、施設において入居者の金銭等を管理することもやむを得ないこと。この場合にあっては、依頼又は承諾を書面で確認するとともに、金銭等の具体的な管理方法、本人又は身元引受人等への定期的報告等を管理規程等で定めること。

３　金銭管理におけるポイント

実際に金銭管理を行うにあたっては､入居者からの依頼又は承諾を書面で確認するとともに、金銭等の具体的な管理方法、本人又は身元引受人等への定期的報告等を管理規程等で定めることが求められます。また、金銭の預入・払出にあたっては、管理者が証拠書類を決裁する仕組みが必要です（ダブルチェック体制）。身元引受人がいない方で、金銭管理が必要となった場合は、そうなることを予測できた時点で成年後見の申立をするように市町村等に働きかけるべきです。以上、サービス付き高齢者向け住宅における金銭等管理の考え方・ポイントを表２に記します。

（表２）サービス付き高齢者向け住宅における金銭等管理の考え方

①	まず日常生活自立支援事業の活用を働きかける
②	やむを得ず金銭管理を行う場合は、金銭管理委託契約を締結する
③	制度内と制度外費用の内容を区分し、内容と金額を明示する
④	金銭の具体的管理方法など、管理規定等で定めている
⑤	説明と内容の周知、内容に従った管理、第三者チェックが必要
⑥	家族らによる財産侵害の防止にも注意する
⑦	事業所への寄付の際は、入居者本人の自由意思に基づくものでなければならない
⑧	身元引受人等へ定期的に方向をしている
⑨	必要な方には成年後見制度の活用を勧めている

Ⅲ　成年後見制度

１　成年後見制度の全体像

１）成年後見制度の概要

成年後見制度とは、精神上の障害（例えば、認知症や知的障害、精神障害など）により物事を判断する能力が十分ではない者（以下「本人」といいます。）について、本人の権利を守る援助者を選ぶことで法律的に支援し、本人の生命、身体、自由、財産等の権利を擁護する制度です。

２）成年後見制度の種類

成年後見制度には、法定後見制度と任意後見制度があります。

（１）任意後見制度

任意後見制度は、一般的に、本人の判断能力が不十分になる前に利用できる制度です。将来、判断能力が不十分となった場合に備えて、主に次の事項をあらかじめ契約により決めておきます。

①　誰が支援をするのか

②　どのような支援をするのか

③　援助者への報酬をどのように設定するのか

（２）法定後見制度

法定後見制度は、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が選ばれる仕組みであり、この制度を利用するためには、家庭裁判所に審判の申立てをします。

法定後見制度には、本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の３つの制度があります。

法定後見制度は、判断能力が不十分になってから利用できる仕組みです。

３）成年後見制度創設の背景

成年後見制度は、２０００（平成１２）年４月１日から施行された仕組みです。

従来の禁治産制度や準禁治産制度と比較して、新たに創設された成年後見制度は、次のような特徴を有しています。

①　任意後見制度が新設された。

②　補助類型が新設された。

③　成年後見人等を複数選任することが可能となった。また、法人が成年後見人等となることも可能となった。

④　配偶者がある本人については、原則として配偶者を後見人等とする配偶者後見人・配偶者保佐人の制度が廃止された。

⑤　家庭裁判所が監　人を職権で選任できることとされた。

⑥　市町村長に申立権が認められるようになった。

⑦　公示方法が、戸籍への記載ではなく、東京法務局の後見登記等ファイルへの記録となった。

⑧　成年後見人等の報酬について、法定後見の３類型（後見・保佐・補助）ともに、家

庭裁判所が相当な報酬を付与できることとなった。

4）法定後見制度を利用できる場合の例

以下の事例は、法定後見制度を利用することができる場合を示したものです。あくまでも例示として示したものであり、これらの事例に当てはまらないような多様な事例について、法定後見制度を利用することができます。また、成年後見人等としての責任は、申立てのきっかけとなった問題が解決した後も、引き続き継続されます。

（1）認知症の症状を見られる本人が１年前から入院している。ある日、本人の親族が死亡したことにより､その共同相続人のひとりとなった｡亡くなった親族の財産は負債しかなく、困った本人の妻は、本人のために相続放棄の手続を取りたいと考えている。

（2）知的障害をもつ本人が　とふたりで暮らしていた。本人の収入は障害年金のみであり、その管理や日常生活費のやりくりはすべて　が行っていた。ある日、その　が急病により死亡してしまった。本人は、今後も財産管理に困っており、また、調理など日常生活の支援も必要としている。

（3）本人はこれまで自宅でひとり暮らしを続けてきたが、最近、認知症の症状が現れ、買い物の際のお　りが分からなくなるなど、日常生活に支障が出てきた。このため、長男とともに、長男の家で暮らすこととなった。今まで住んでいた自宅の土地や建物を売却したいが、その売買契約に関する複雑な事項について判断することができず困っている。

（4）ひとり暮らしを続けている本人は、最近になって、必要のない高価な品物をいくつも購入するなど、認知症の症状が見られるようになっている。ある日、同居する家族が外出している間に、訪問販売員に勧められ、使用する見込みのない数百万円の　服を購入する契約を結んでしまった。

2　法定後見制度を利用するための手続

1）法定後見制度を開始するための手続

法定後見制度を利用しようとする場合は、本人の住所地を管轄する家庭裁判所に、申立て（後見開始の申立て・保佐開始の申立て・補助開始の申立て）をします。

2）申立人

申立てができる者は、本人のほか本人の配偶者など、一定の範囲に限られています。

① 本人
② 配偶者
③ 四親等内の親族
　親、　　母、子、孫、ひ孫、兄弟　　、　、　、おじ、おば、いとこ、配偶者の親・子・兄弟　　など
④ 未成年後見人、未成年後見監　人
⑤ 成年後見人、成年後見監　人（保佐開始の申立て、補助開始申立ての場合）
⑥ 保佐人、保佐監　人（後見開始の申立て、補助開始申立ての場合）
⑦ 補助人、補助監　人（後見開始の申立て、保佐開始申立ての場合）
⑧ 任意後見人、任意後見監　人

⑨　市町村長

⑩　検察官

3）申立てに必要な書類と費用

申立てに必要な書類や費用のうち、主なものは次のとおりです。

①　申立書

②　診断書（成年後見用）

※　申立書や診断書の様式は、家庭裁判所や裁判所ウェブサイトから入手することができます。

③　申立手数料

※　１件につき８００円（２０１３年１月現在）分の収入印紙

④　登記手数料

※　２，６００円（２０１３年１月現在）分の収入印紙

⑤　郵便切手

⑥　本人の戸籍　本

⑦　鑑定料

※　鑑定が必要となる場合のみ

⑧　その他の書類（財産目録など）

4）本人の同意

後見開始の申立てや保佐開始の申立てを本人以外がする場合に、本人の同意は必要ではありません。

一方、補助開始の申立てを本人以外がする場合には、本人の同意があることが必要となります。

5）申立てをした後の手続の流れ

（1）審問・調査等

申立ての後、家庭裁判所の職員が、本人や申立人、後見人候補者から事情（本人の心身の状況、生活及び財産の状況等）をきいたり、本人の親族に後見人候補者についての意見を照会することがあります。また、必要に応じて、裁判官が事情を尋ねる審問が行われることもあります。

（2）鑑定

本人の判断能力の程度を医学的に十分確認することを目的として、医師による鑑定が行われることがあります。

なお、補助開始の審判の場合や、後見開始の審判の場合で本人の状態（遷延性意識障害の状態など）から判断能力を欠くことが明らかであるときは、鑑定をしないこともあります。

（3）成年後見人等の選任

申立書には、成年後見人等の候補者を記載することができます。

家庭裁判所は、申立ての内容等を　案して、適任と考える者を成年後見人等として選任します。申立書には、成年後見人等の候補者を記入することができますが、支援の内容などによっ

ては、候補者以外の者を選任することもあります。

また、必要があると認められるときは、家庭裁判所は、成年後見人等の請求又は職権により、成年後見人等が行う事務を監　することなどの役割を担う監　人（成年後見監　人・保佐監人・補助監　人）を選任することがあります。

（４）後見等の開始

後見等の開始の審判は、成年後見人等として選任される者に告知されるとともに、本人に対しても通知（告知）されます。審判は、不服申立てがなければ、成年後見人等が審判書を受領してから２週間を経過したときに確定します。審判が確定されると、家庭裁判所書記官は遅滞なく、東京法務局に対し登記を委嘱し、これを受けて登記官によって、後見登記等ファイルに当該審判に関する事項が記録されます。

３　法定後見制度による保護の内容と成年後見人等の役割

１）法定後見制度による保護の全体像

法定後見制度では、成年後見人等が、主に代理権や取消権、同意権などを行使することにより、本人を保護する仕組みです。成年後見人等に付与される代理権等は、後見、保佐、補助の類型により、その内容が異なります。

（１）代理権

本人に代わって、本人のためにすることを示して、本人に属する法律行為を行う権限が代理権です。代理権を行使して行った法律行為の効果は、本人に属します。

例えば、本人に代わって、社会福祉施設の入所契約を締結したり、売買などの行為を行ったりすることが含まれます。

（２）取消権

本人が行った法律行為を事後的に取り消すことができる権限を取消権といいます。取り消された法律行為は、はじめから無効であったとみなされます。

例えば、本人が締結した消費貸借契約について、後からこれを取り消すことが含まれます。この場合は、当該消費貸借契約は、初めからなかったものとみなされ、本人が受領した借受金を返還し、他方、原則として利息等の支払の必要はなくなります。

（３）同意権

事前に本人が行う法律行為について了承し、その法律行為の効果を確定的に本人に帰属させる権限を同意権といいます。

２）後見における保護の内容と成年後見人の職務

（１）後見の対象となる本人（成年被後見人）

後見の対象者は、精神の障害（認知症、知的障害、精神障害など）により、事理を弁識する能力を欠く常況にある者です。

（２）代理権の行使

成年被後見人は診断能力を欠く常況にある者であり、一般に自己の法律行為や財産管理をひとりで適切に行うことができません。このため、成年後見人には、法律上の権限として、包括的な代理権と財産管理権が付与されます。

成年後見人には、後見開始の審判とともに包括的な代理権が当然に付与され、その代理権の

範囲は、成年被後見人の財産に関する法律行為全般を対象としており、日用品の購入などの日常生活に関する行為を含めた広範に及ぶものです。例えば、社会福祉サービスや介護サービスの利用の契約に関する代理権、本人に属する財産の処分に関する代理権などがあります。

ただし、次の場合には、成年後見人の代理権は制限されます。

① 一身専属的な事項

身分行為（婚　、離婚、養子縁組、離縁等）などの一身専属上の事項については、成年後見人の代理権は及びません。

② 居住用不動産の処分

本人の居住の用に供する建物や土地の売買、賃貸、賃貸借の解除等の処分をするためには、事前に家庭裁判所の許可が必要です。

③ 利益相反行為の場合

本人と成年後見人のいずれもが同一の相続における相続人である場合など、本人と成年後見人の利益が相反する場合は、家庭裁判所に当該事項を処理するための特別代理人を選任してもらうこととなります。

（３）取消権の行使

成年被後見人は診断能力を欠く常況にある者であり、本人が法律行為そのものを事実上できなかったり、自己に不利益な判断を誤って行ってしまうことが想定されます。このため、成年被後見人が単独で行った法律行為は、原則として成年後見人が事後的に取り消すことができるものとされています。成年後見人のこの権限を取消権といいます。

成年後見人には、後見開始の審判とともに当然に取消権が付与され、本人が行った行為を取り消すことができることとなります。また、成年被後見人が単独で行った行為について、事後的にそれを追認してその法律行為を確定的なものにすることもできます。

取消権の行使は、取消しをしようとする行為を明示し、相手方に対して、取消しの意思を表示することによってなされます。一般に、配達証明郵便などを用いて、この意思表示を行うことがあります。

取消権が行使された行為は、はじめから無かったものとされるため、例えば、本人が行った借金の契約について成年後見人が取消権を行使したときには、借入金を返還し、利子等の返還義務を負わないこととなります。この際、本人のこの返還の義務は、その行為によって現に利益を受けている限度において負うものとされています。このため、仮に、本人がその借入金を既に費消し購入した物も残っていないような場合には、原則として、現存利益はないものとされ、事実上、借入金を返還する義務を負わないこととなる場合もあります。

一方、成年後見人に付与される取消権は次の場合は対象となりません。

① 日用品の購入などの日常生活に関する行為

② 時効が成立した後

※ 時効は、成年後見人がその法律行為を認識するなどで追認することができる時から５年を経過したとき、また、その法律行為の時から２０年を経過したときに設立します。

なお、保佐や補助の場合と異なり、成年後見人に同意権が付与されることはありません。

３）保佐における保護の内容と保佐人の職務

（１）保佐の対象となる本人（被保佐人）

保佐の対象者は、精神の障害（認知症、知的障害、精神障害など）により、事理を弁識する能力が著しく不十分な者です。

（２）代理権の行使

後見の場合と異なり、保佐開始の審判がなされた場合であっても、それだけでは、保佐人には代理権は付与されません。

保佐人に代理権を付与させる場合には、保佐開始の審判の他に、代理権付与の審判の申立てを行うことが必要となります。家庭裁判所は、必要と認める場合に、申立の範囲で代理権を付与する範囲を定めて、当該範囲にかかる代理権を付与（代理権付与の審判）します。この審判には、本人の同意が必要です。

代理権を付与する範囲は、個々の事案によって異なります。例えば、「財産管理に関する法律行為（預貯金の管理と払戻し、不動産その他重要な財産の処分など）」などと範囲が定められることとなります。

なお、居住用不動産の処分に関して家庭裁判所の許可を要することは、後見の場合と同様です。

また、保佐人の財産管理権についても、代理権付与の審判により与えられた代理権の範囲に応じて有するものとされています。

（３）取消権・同意権の行使

保佐開始の審判がなされた場合、保佐人には、民法第１３条に第１項各号に定める所定の行為（以下「所定の行為」といいます。）について同意権（取消権）が付与されます。

所定の行為とは重要な財産行為であり、被保佐人が単独で有効に法律行為を行う場合には、保佐人の同意が必要となり、この同意なく被保佐人がこれらの行為をなした場合には、保佐人や被保佐人は事後的にこれらの行為を取り消すことができます。

所定の行為は、具体的には次の内容が含まれます。

① 元本を領収し、又は、これを利用すること。
② 借財又は保証をすること。
③ 不動産その他重要な財産に関する権利の得喪を目的とする行為をすること。
④ 訴　行為をすること。
⑤ 　与、和解又は仲裁合意をすること。
⑥ 相続の承認もしくは放棄又は遺産の分割をすること。
⑦ 　与の申し込みを拒絶し、遺　を放棄し、負担付の　与の申込みを承諾し、又は負担付遺　を承認すること。
⑧ 新築、改装、増築又は大修繕をすること。
⑨ 建物については３年、山林については１０年、その他の土地については５年、動産については６　月を超える期間の賃貸借をすること。

被保佐人の判断能力の状況等によっては、所定の行為に関する取消権（同意権）だけでは、必要とする十分な保護がなされないことも想定できます。この場合は、被保佐人、保佐人等の請求に基づく家庭裁判所の審判を得ることにより、所定の行為以外の行為についても、取消権（同意権）の対象とすることができます。ただし、この場合においても、後見の場合と同様に、

日用品の購入などの日常生活上の行為については、取消権（同意権）は及ばず、また、時効の設立後には取消権が及ばないことは後見の場合と同様です。

４）補助における保護の内容と補助人の職務

（１）補助の対象となる本人（被補助人）

補助の対象者は、精神の障害（認知症、知的障害、精神障害など）により、事理を弁識する能力が不十分な者です。

（２）代理権の行使

補助の場合の代理権は、保佐の場合と同様の仕組みとなっています。

つまり、補助開始の審判がなされた場合であっても、それだけでは、補助人には代理権は付与されず、代理権付与の審判（審判には、本人の同意が必要）があった場合に、家庭裁判所により特定された行為について代理権が発生することとなります。

居住用不動産の処分に関して家庭裁判所の許可を要することは、後見や保佐の場合と同様です。

なお、補助人の財産管理権は、保佐の場合と同様に、代理権付与の審判により与えられた代理権の範囲に応じて有するものとされています。

（３）取消権・同意権の行使

補助の場合、後見や保佐とは異なり、補助開始の審判があっただけでは、補助人には取消権（同意権）は付与されません。同意権付与の審判の申立てに基づいて、家庭裁判所が同意権付与の審判（審判には、本人の同意が必要）をすることで、補助人に取消権（同意権）が付与されます。そして、取消権（同意権）の対象は、申立ての範囲内で家庭裁判所が相当と認めて定める「特定の行為」とされ、それは、所定の行為の一部に限るものです。

なお、取消権（同意権）の制限（対象や期間）については、後見や保佐の場合と同様です。

５）成年後見人等の責務等

（１）財産管理

成年後見人等は、本人の所有する財産を適正に管理し、処分しなければなりません。具体的には、次のような管理をすることとなります。

① 財産等の調査

成年後見人等に選任されたら、速やかに、本人の財産や収入状況を調査し、財産目録を作成して家庭裁判所に提出します。

② 財産管理計画の作成

本人の生活に必要となる費用等を算定して,計画的に財産を管理するようにします。

③ 財産の適正な管理

④ 財産の管理状況等の記録

財産の管理状況の記録を作成し、定期的に家庭裁判所に報告します。

（２）身上監護

成年後見人等は、本人の生活や療養、介護などに関する法律行為を行うことにより支援を行います。具体的には、本人の住居の確保、生活環境の整備、介護サービスや施設入所のための手続、公的な制度の利用のための手続などを必要に応じて行います。このことを身上監護とい

います。

なお、身上監護には、結婚や養子縁組等の身分行為など、一身専属的な事項は含まれず、医療行為に関する同意権は有しません。また、本人を引き取っての同居や介護労働等の事実行為は含まれません。

成年後見人等の任務は、本人が死亡したら終了します。

（３）家庭裁判所への報告

家庭裁判所は、成年後見人等の職務が適切に行われているかを定期的に調査し、確認することとされています。

成年後見人等は、就任後及びその後定期的に、後見事務について家庭裁判所に報告し、また、終了時においても、その職務の内容を報告することとされています。

（４）その他の責務

成年後見人等には、その事務を執り進めるに当たり、本人の意思を尊重し、その心身の状態や生活状況に配慮しなければならない義務（身上配慮義務）が課せられます。

また、後見事務の執行は、善良なる管理者としての注意義務を負うこととなります。

成年後見人等がこれらの義務に違反し、故意又は過失によって本人に損害を生じさせた場合には、その損害を賠償しなければなりません。

（５）成年後見人等の資格要件等

成年後見人等には特別な資格要件は必要とされていません。

なお、次の場合は欠格事由に該当し、成年後見人等となることはできません。

① 未成年者

② 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人

③ 破産者

④ 成年被後見人等に対して訴　をし、又はした者並びにその配偶者及び直系血族

⑤ 行方の知れない者

（６）成年後見人等の報酬

成年後見人等は、報酬を望む場合は、家庭裁判所に対して、成年後見人等に対する報酬付与の申立てを行い、家庭裁判所がそれを認め相当と判断した金額について、成年被後見人等の財産から報酬を受け取ることができます。

（７）成年後見監　人等

成年後見人等が行う後見等の事務を監　するため必要があると認められる場合は、本人、その親族、成年後見人等の請求により又は職権によって、成年後見監　人、保佐監　人、補助監　人が選任されます。

４　任意後見制度

１）任意後見制度の概要

任意後見制度は、認知症や知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な状況となる場合に備えて、あらかじめ第三者との間で、委任する事項等について定めた契約（任意後見契約）を公正証書により結び、その第三者が家庭裁判所の関与のもとで、任意後見契約に定められた事務を行うことで、本人の生活を保持していくものです。

２）任意後見契約
（１）形式
　任意後見契約は、公正証書により作成されなければならないこととされています。
（２）契約の内容
　主として、次の事項が定められます。
　　　①　契約の趣旨
　　　②　契約の発効
　　　③　後見事務の範囲（※　通常、代理権目録を作成することとなります。）
　　　④　任意後見監　人への報告
　　　⑤　会計帳簿など書類の作成
　　　⑥　費用の負担
　　　⑦　報酬
　　　⑧　契約の解除や契約の終了
　　　⑨　終了時財産の引き継ぎ
　　　⑩　守秘義務
（３）登記
　公証人は、任意後見契約の公正証書を作成したときは、登記所に任意後見契約の登記を嘱託しなければなりません。

３）任意後見契約の発効時期
　任意後見契約は､家庭裁判所が任意後見監　人を選任したときから､その効力が発生します。任意後見監　人の選任の申立ては、本人、配偶者、四親等内の親族又は任意後見受任者です。
　任意後見監　人は、任意後見人の事務を監　し、家庭裁判所に定期的に報告をすることとなどです。

５　成年後見登記制度
１）成年後見登記制度の概要
　成年後見登記制度は、成年後見人等の権限や任意後見契約の内容などをコンピュータシステムを用いて記録し、登記官が登記事項を照明した登記事項証明書を発行することによって登記情報を開示する仕組みです。

２）記事項証明書
　（１）登記事項の証明書
　例えば、成年後見人が本人に代わって本人の財産を売買しようとするときや、介護サービスの契約を締結しようとするときに、相手方に登記事項の証明書を提示することによって、その権限を相手方に示すことができるものです。
　登記されている本人、配偶者、四親等内の親族、成年後見人等の一定の者が、各法務局、地方法務局（本局）に交付申請できます。
　（２）登記されていないことの証明書

成年後見を利用していない者が、自己が登記されていないことを証明するためのものです。
登記事項の証明書と同様に、登記されている本人、配偶者、四親等内の親族、成年後見人等の一定の者が、各法務局、地方法務局（本局）に交付申請できます。

【チェックポイント】
□　成年後見制度には、法定後見制度と任意後見制度がある。
□　法定後見制度を利用しようとする場合は、家庭裁判所に開始の申立てをする。この申立ては、本人の他一定の範囲の者が行うことができる。
□　法定後見制度では、成年後見人等がその類型等に応じて、主に代理権や取消権（同意権）を行使して本人を保護する仕組みである。
□　任意後見制度は、本人と受任者があらかじめ任意後見契約を締結し、家庭裁判所が選任した任意後見監　人の関与のもと本人を保護する仕組みである。

Ⅳ　日常生活自立支援事業

１　沿革と事業の目的

１９９９（平成１１）年に「地域福祉権利擁護事業」が創設されました。この事業は、認知症高齢者や知的障害者、精神障害者などの判断能力が不十分な人を対象として、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理を行うことによって、利用者の権利擁護や日常生活の安定を図ろうとするものです。また、２０００（平成１２）年に制定された社会福祉法においては、福祉サービス利用援助事業として第二種社会福祉事業に位置づけられました。２００７（平成１９）年からは、名称を日常生活自立支援事業に改められています。

２　実施主体及び対象者

１）実施主体

都道府県社会福祉協議会や指定都市社会福祉協議会が、この事業の実施主体です。
制度利用に当たっての受付等の事務の一部については、市町村社会福祉協議会が担っています。

２）対象者

判断能力が不十分な状況にある人を対象とします。具体的には、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等が該当し、日常生活を営む上で又は福祉サービスを利用する上で必要となる情報の入手や判断、意思表示に関して、利用者本人だけでは適切に行うことが困難であるが、日常生活自立支援事業の契約の内容については判断しうる能力を有している人です。

３）契約締結委員会

利用者が上記の状態に該当するかどうかに疑義が生じた場合には、「契約締結ガイドライン」

に基づいて、契約締結委員会で審査が行われます。契約締結委員会は、都道府県社会福祉協議会や指定都市社会福祉協議会に設置され、社会福祉、法律、医療などに関する専門家によって構成されます。契約締結委員会では、この他に必要に応じて、契約内容に関しての審査を行います。

３　援助の内容

１）福祉サービスの利用援助

福祉サービスの利用に関する相談を受け付けること、必要な情報提供をすること、福祉サービスの利用申込みに関する手続きを支援すること、利用料の支払いに関する手続を支援することなどが含まれます。

２）苦情解決の利用援助

福祉サービスの利用に関する苦情についての相談に応じる等の援助を行います。福祉サービスに関する苦情解決のための機関である福祉サービス運営適正化委員会の活用を図ることもあります。福祉サービス運営適正化委員会は、都道府県社会福祉協議会に設置され、社会福祉、法律、医療などに関する専門家によって構成される機関です。福祉サービス運営適正化委員会に苦情の申出があった場合は、必要な助言や、解決に向けた事情調査、あっせん等が行われます。また、虐待や不当な行為がある恐れがある場合には、都道府県などの行政機関に通知をすることとされています。

３）行政手続きに関する援助等

必要な行政手続きに関する助言等の援助を行います。

４）その他必要な援助

必要に応じて、預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続き等の日常生活費の管理や日常的な金銭管理を行ったり、書類等の預かりサービス等を行います。

また、定期的な訪問による生活状況の確認を行います。

４　利用の仕組み

１）相談受付と状況把握

本人や家族、民生委員、介護支援専門員等からの相談は、地域の社会福祉協議会が受け付けます。

当該地域の基幹型社会福祉協議会の生活支援専門員が本人宅を訪問する等して、制度の説明の上、利用意思を確認します。

２）契約締結

本事業は、本人と、実施主体である都道府県社会福祉協議会（又は指定都市社会福祉協議会）との契約により実施されます。契約内容について疑義がある場合は、契約締結委員会で審査が行われます。

契約締結後、生活支援専門員は、支援計画を作成します。具体的な援助は、生活支援員が、

支援計画の内容に基づいて実施します。生活支援員は、援助記録を作成し、定期的に社会福祉協議会に報告します。

３）利用料

本事業における利用料は、実施主体である都道府県社会福祉協議会や指定都市社会福祉協議会が定めることとされています。

５　成年後見制度と日常生活自立支援事業

成年後見制度は、援助者たる成年後見人等が代理権、取消権、同意権などを行使して本人を保護する法的専門性の高いサービスであるといえます。これに対し、日常生活自立支援事業において提供されるサービスは、助言や代行を中心とし、法的専門性は必ずしも高いとはいえないものの、きめ細やかさを特徴としています。

本人の状態に応じて、例えば、日常生活自立支援事業から成年後見制度に移行することや、成年後見制度と日常生活自立支援事業を併用することも可能です。

【チェックポイント】

□　日常生活自立支援事業の実施主体は、都道府県社会福祉協議会や指定都市社会福祉協議会であり、事務の一部を市町村社会福祉協議会が担っている。

□　日常生活自立支援事業では、生活支援専門員の作成した支援計画に基づき、生活支援員が、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等を行う。

□　本人の状態に応じて、日常生活自立支援事業から成年後見制度に移行することや、成年後見制度と日常生活自立支援事業を併用することが可能である。

Ⅴ　高齢者の虐待防止

１　高齢者虐待防止法成立の背景

わが国において、高齢者に対する虐待の被害状況は、従前から研究者によって報告がなされていました。また、子どもに対する虐待については、２０００（平成１２）年に「児童虐待の防止等に関する法律」が制定され、配偶者に対する暴力に関しては、２００１（平成１３）年に「配偶者からの暴力及び被害者の保護に関する法律」が制定されましたが、その一方で、高齢者に対する虐待防止に関する法制化については、なかなか進展していきませんでした。

こうした中、２００３（平成１５）年に日本高齢者虐待防止学会が設立され、高齢者虐待防止法制定に向けた取り組みが動き始めました。さらに、医療経済研究機構が厚生労働省から委託を受けて調査を実施し、　２００４（平成１６）年にその結果が公表されました。

また、諸外国における高齢者虐待防止に向けた制度化の動きも紹介され、複数の自治体からも高齢者虐待防止法制定を求める意見書が制定され、２００５（平成１７）年１１月の特別国会において、全会一致で可決され、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成１７年法律第１２４号）が成立しました。

２　高齢者虐待の定義

高齢者虐待防止法では、「養護者による高齢者虐待」と「養介護施設従事者等による高齢者虐待」に分けて、高齢者虐待の定義を定めています。

①　高齢者
　６５歳以上の者

②　養護者
　高齢者を現に養護する者（養介護施設従事者等を除く。）

③　養介護施設従事者等
　養介護施設の業務に従事する者及び養介護事業において業務に従事する者

④　養介護施設
　老人福祉施設、有料老人ホーム、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域包括支援センター

⑤　養介護事業
　老人居宅生活支援事業、居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業介護予防支援事業

１）養護者等による高齢者虐待

（１）身体的虐待

高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

（２）介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）

高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による身体的虐待、心理的虐待、性的虐待と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。

（３）心理的虐待

高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

（４）性的虐待

高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

（５）経済的虐待

高齢者の財産を不当に処分することその他高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

２）養介護施設従事者等による高齢者虐待

上記の身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待のほか、「高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。」を高齢者虐待と規定しています。

３　通報制度と通報義務

高齢者虐待防止法では、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者の発見者について、次のような通報制度を定めています。

①　市町村への通報義務が課せられる場合

養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているとき

養介護施設従事者等が、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見したとき

② 市町村への通報の努力義務が課せられる場合

①以外の場合で養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見したとき

なお、通報は、「高齢者虐待を受けたと思われる」状況で行うこととなるため、虐待の事実が確定していない場合であっても、あるいは、上記のどの定義に当てはまるかにかかわらず、通報を行うことが適切と考えられます。通報した内容が誤っていた場合であったとしても、そのことをもって通報者が責任を問われることはありません（ただし、養介護施設従事者等による通報の場合で虚　や過失によるものは、不利益処分の対象となることがあります。）。また、通報内容の真　は、通報を受けた市町村等の機関が調査をすることとなっています。通報は、虐待の早期発見を可能にするための仕組みであり、「確信がもてるようになってから」と先送りするのではなく、できるだけ早期に通報をすることが求められています。

通報先は、市町村又は市町村から委託を受けた高齢者虐待対応協力者（地域包括支援センター等）です。

通報の方法は特に定められておらず、口頭でも文書でも差し支えありません。

４　関係機関等の責務

１）国及び地方公共団体の責務と役割

国及び地方公共団体は、次のような責務と役割を有することとされています。

（１）高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間等及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めること。

（２）高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めること。

（３）高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の　発活動を行うこと。

２）国民の責務

国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国などが講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならないこととされています。

３）保健・医療・福祉関係者の責務

養介護施設等の保健・医療・福祉関係者は、次のような責務があることとされています。

（１）高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めること。

（2）国などが講ずる高齢者虐待の防止のための　発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めること。

【チェックポイント】

□　高齢者虐待防止法では、高齢者虐待について、身体的虐待、介護・世話の放棄・放任、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待に区分して定義している。

□　養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者の発見者は、市町村や地域包括支援センター等への通報をすることが義務付けられている。

Ⅵ　消費者保護

1　消費者問題（消費者の特性）

一般に、「消費者」は、「商品やサービスの供給を担う事業者に対置される存在であること」、「供給される商品やサービスを人の生活のために使用したり消費したりする主体であること」を要素とし、次のような特性があるといえます。

①　供給者と消費者間の格差

供給者と消費者間では、通常、資金力などの経済面での格差があるほか、商品やサービスに関する知識や情報、判断力における格差があります。

②　消費者の弱さ

消費者は、日常生活を営む生身の人間であり、その生命、身体、精神は傷つきやすく、欠陥商品により死亡事故が発生したり、怪我や病気をするなど、重大で深刻な結果をもたらすことがあります。また、「無　に断ると嫌がらせをされるのではないか」と考え契約の締結を拒絶できなかったり、予想外の出来事が発生した場合に気が動転して冷静な判断ができないまま契約をしてしまうなど、精神の弱さが表れることもあります。

このほかに、比較的少ない損失であったとしても、生活そのものに対して直接的なダメージを与えてしまうなど、経済的な弱さを有することも、消費者の特性としての弱さといえます。

③　負担転嫁能力の欠

供給者は、一般に、自己の利益を守るために、商品やサービスの価格にそのコストを織り込んで、消費者に広く転嫁することが可能ですが、消費者には、このような機　や能力はありません。このため、消費者は、発生した損害を自分で引き受けなければならないという特性もあります。

消費者は、①から③にあるような特性を有するため、供給者に比べ　位に置かれているといえます。消費者法は、このような格差の是正や弱点の補強、損失予防のための法的な保護をすることが目的です。

消費者法は、様々な法律により構成されますが、ここでは、消費者契約法と特定商取引法の概要を見ていきます。

２　消費者契約法

１）目的と適用範囲

消費者契約法は、消費者と事業者との間の情報の質、量並びに交渉力の格差の存在を明記し、これを是正して消費者保護を図ることを立法目的としています。

消費者契約法における「消費者契約」とは、「消費者」と「事業者」との間における契約（ただし、労働契約は除かれる。）であり、例外を設けず幅広い適用範囲としています。

なお、「消費者」とは、「事業として又は事業のために契約の当事者となる場合を除く個人」と定義され、また、「事業者」とは、「法人その他の団体、及び事業として又は事業のために契約の当事者となる場合における個人」とされています。

例えば、サービス付き高齢者向け住宅の入居契約も、通常、消費者契約に該当するものとして、この法律の適用範囲となるものです。

事業者は、契約条項について、消費者にとって明確、平易なものになるよう配慮し、消費者契約の内容につき必要な情報を提供するよう努めなければならないこと（情報提供協力義務）が、規定されています。

２）契約締結過程における規定

消費者契約の締結過程において、事業者による次のような不適切な勧誘行為があった場合に、消費者に取消権が与えられています。

（１）誤認行為

①　重要事項に関する不実告知

重要事項について、事実と異なることを告げることによって、消費者が誤認した場合には、消費者は、この契約の締結に係る意思表示を取り消すことができます。

②　将来の変動が不確実な事項についての断定的判断の提供

事業者が、消費者契約の目的になるものに関し、将来における不確実な事項について断定的判断の提供をなした場合も、消費者は意思表示を取り消すことができます。例えば、金融商品に関して、「今購入すれば確実に　かる」などと言って勧誘したり、「この　に入れば確実に成　が上がる」などと言って勧誘したりすることも、この断定的判断の提供に該当します。

専門家である事業者が、将来の変動の見込みについて断定した判断を告げることは、契約の締結に当たっての消費者の判断を誤らせる可能性があるものなので、取消事由としたものです。

③　重要事項に関する消費者の不利益事実の故意の不告知

事業者が、消費者に対し、重要事項又は重要事項に関連する事項について、一方で有利なことを告げ、他方で当該重要事項について不利益な事実を故意に告げないために消費者が誤認した場合にも、消費者は意思表示を取り消すことができます。例えば、マンションの　望の良さをアピールしつつ、事業者がマンションの隣接地に　望をさえぎる様な建物の建設計画を知っていて告げなかったような場合が該当します。

（２）困惑行為

①　住居、就業場所からの不退去による勧誘行為

消費者が事業者に対して、住居等から退去すべき旨の意思を示したにもかかわらず、

当該事業者が退去しなかったことにより、消費者が困惑し契約の意思表示をした場合には、消費者は当該契約の意思表示を取り消すことができます。

退去すべき旨の意思を示したとは、「帰ってくれ」、「お引き取りください」などと明示的に告知した場合以外にも、　示的にも、社会通念上退去してほしいという意思が示された場合（「時間がない」などと言った場合や身振りなどで示した場合など）も含まれます。

② 勧誘場所からの退去を阻害する勧誘行為

消費者が事業者から勧誘を受けている場所から退去する旨の意思を示したにもかかわらず、事業者が、その場所から消費者を退去させないことも取消事由に該当します。

３）不当条項に関する規制

次のような消費者にとって一方的に不利益な条項は無効となります。

（１）免責条項

債務不　行や不法行為に基づく損害賠償責任や、瑕疵担保責任を全く免除する免責条項は無効となります。例えば、介護施設において「当施設において発生した事故等については一切責任を負いません。」とする免責事項がこれに該当し、こうした条項は無効となります。

（２）損害賠償の予定条項

① 解除に伴う損害賠償の予定が事業者に生ずべき平均的な損害額を超えるもの。
不当に高額な解約損料を定めた条項は無効となります。

② 金銭の支払期日経過による遅延損害金の予定が年１４．６％を超えるもの
年１４．６％を超える不当な高額な遅延損害金を定めた条項は無効となります。

（３）一般条項

上記に該当しないような事由でも、真　　実の原則に反して消費者の利益を一方的に害するような条項は無効となります。

３　特定商取引に関する法律とクーリングオフ

１）特定商取引に関する法律の趣旨

特定商取引に関する法律（以下「特定商取引法」といいます。）では、訪問販売や通信販売などの消費者トラブルを生じやすい取引類型を対象として、「事業者が守るべきルール」と、クーリング・オフ等の「消費者を守るルール」を定めています。

これによって、事業者による違法又は悪質な勧誘行為等を防止するとともに、消費者の利益を守ることを目的としています。

２）特定商取引法の対象となる取引の形態と主な規制の内容

（１）訪問販売

営業所、代理店、露店、屋台店、その他これに類する店以外の場所において契約する場合をいうこととされています。例えば、自宅に訪問して勧誘を行う方法などが含まれます。また、この他にも、路上等で呼び止めた後営業所等に同行させて行う取引であるキャッチセールスや、電話等で販売目的を告げずに事務所等に呼び出して行う取引であるアポイントメントセールスが該当します。

不意打ち性の高い取引から消費者を保護する観点で、主に次のような規制がなされます。

① 勧誘目的等の明示義務

事業者は、勧誘に先立って、事業者名や商品の種類、契約の勧誘目的であることを明示しなければなりません。「点検のため」や「見ていただくだけで良い」などと称して勧誘を始めるような方法は、本件に違反することとなります。また、消費者が断った場合の再勧誘も禁止されています。

② 契約書面の交付義務

訪問販売により消費者が契約の申込みをし、販売員がその場で契約を承諾して契約を締結したときは、直ちに契約書面を交付する義務があります。契約書面には、事業者の名称や住所、電話番号、担当者名、商品名等、契約日、クーリングオフの事項、契約解除事項等を記載することとされています。

③ 不当勧誘行為の禁止

不実の告知、故意の事実不告知、　迫や困惑行為は、禁止されています。

（２）電話勧誘販売

電話で勧誘し、申込みを受ける取引のことです。電話をいったん切った後、消費者が郵便や電話等によって申込みを行う場合も該当します。

不意打ち性の高い取引から消費者を保護する観点で､訪問販売と同様の規制がなされます。

（３）通信販売

カタログ、新聞、雑誌、折込チラシ、投込チラシ、テレビ、インターネット等で広告し、郵便、電話等の通信手段により申込みを受ける取引（「電話勧誘販売」に該当するものは除かれます。）のことです。インターネットオークションについても、この取引類型に含むものとされています。

消費者が契約するかどうかを選択するための情報が広告だけに限られることから、広告表示の適正化を確保する規制が中心になります。

（４）連鎖取引販売

個人を販売員として勧誘し、さらに次の販売員を勧誘させるというかたちで、販売組織を連鎖的に拡大して行う商品・役務（サービス）の取引のことです。

幻惑性が高く、複雑なシステムであり、組織の破綻必定性により損失を被る危険性が高いことから、厳しい規制がなされます。

（５）特定継続的役務提供

エステティックサロン、外国語教室、家庭教師等、学習　、結婚相手紹介サービス、パソコン教室の政令で指定された６種類の取引（一定の期間や金額を超えるもの）が対象とされています。

これらの取引は、受けてみなければ分からない無形の役務の提供であり、長期間にわたる高額の契約を締結させ、中途解約を制限したり高額の違約金特約を定めるなどトラブルが多発したことから、本法の規制の対象となったものです。このため、中途解約権と損額賠償額に関する事項を規制内容に含みます。

（６）業務提供誘引販売取引

「仕事を提供するので収入が得られる」という口実で消費者を誘引し、仕事に必要であるとして、商品等を売って金銭負担を負わせる取引のことです。

３）クーリングオフ

（１）内容と趣旨

クーリングオフとは、一定の取引形態について、所定の期間内であれば、何らの理由も必要とせず、かつ無条件に契約を解除することができる仕組みです。

訪問販売など消費者が不意打ち的な状況で契約をするような場合などに関して、消費者が冷静な判断により、契約から離脱できるようにしたものです。

（２）クーリングオフの対象となる取引形態とクーリングオフができる期間

① 訪問販売、電話勧誘販売、特定継続的役務提供
　契約書面等の交付の日から８日間

② 連鎖販売取引と業務提供誘引販売取引
　契約書面等の交付の日から２０日間

③ その他

一部の適用除外取引を除き、上記の取引形態に該当するものであれば、原則としてすべての商品や役務、政令で指定された権利がクーリングオフが可能な取引対象商品等とされています。

なお、通信販売は、クーリングオフができる取引形態には含まれません。

（３）行使方法と効果

クーリングオフには、理由は必要とされませんが、書面により契約解除の通知をする旨が定められています。

クーリングオフがなされた場合は、契約は　ってなかったものとされます。販売業者は消費者に対し損害賠償や違約金を一切請求することはできません。

４）特定商取引法におけるその他の仕組み

（１）過量販売解除制度

消費者にとって、その日常生活において通常必要とされる分量を著しく超える商品等に関する契約を対象として、事後的にその契約を解除できる仕組みです。権利行使期間は、契約締結から１年間です。

（２）ネガティブオプションに関する規制

ネガティブ・オプションとは、注文がないにもかかわらず事業者が消費者に商品を送付した上で、売買契約の申込みを行うもので、「送りつけ商法」などと言われるものです。商品を受領した日から１４日以内（引取を請求したときは7日以内）に、消費者が商品購入を承諾せず、かつ事業者が引き取らないときは、その後は事業者は商品の返還請求権を失うこととされています。

【チェックポイント】

□　消費者契約法における「消費者契約」とは、「消費者」と「事業者」との間における契約（ただし、労働契約は除かれる。）であり、幅広く適用される。

□　消費者契約法では、契約の締結過程において、事業者による不適切な勧誘行為があった場合の消費者の取消権や消費者にとって一方的に不利益な一定の条項を無効とすることが定められている。

□　クーリングオフとは、一定の取引形態について、所定の期間内であれば、何らの理由も必要とせず、かつ無条件に契約を開示をすることができる仕組みである。

Ⅶ　個人情報の保護

１　個人情報保護法の全体像

個人情報保護法は、高度情報通信社会の進展に伴い、社会の様々な場面で個人情報の利用が著しく拡大してきたことに伴い、２００３（平成１５）年に制定された法律です。個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することを目的とし、個人情報の保護に関する基本理念や政府による基本方針の作成に関する事項を定め、国や地方公共団体、個人情報を取り扱う事業者の責務や義務等を定めたものです。

個人情報の保護に関する法律は、全部で４つの法律により構成されています。個人情報保護法は、個人情報の保護の基本法としての部分と民間事業者による個人情報の取扱いについて定めています。また、行政機関個人情報保護法は国における取扱いを、独立行政法人等個人情報保護法は独立行政法人における取扱いを、個人情報保護条例は地方公共団体や地方独立行政法人における取扱いを定めています。

２　個人情報とは

個人情報保護法では、個人情報について、「生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別できるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別できることができることとなるものを含む)」と定義しています。

生存する個人に関する情報とは、氏名、性別、生年月日などのほか、個人の身体、財産、職種、肩書きなどの属性に関する事実、判断、評価などが含まれます、

生存する個人については、国籍を問うものではなく、外国人も含まれます。一方で、死者に関する情報や法人に関する情報は、この法律が定義する個人情報には含まれるものではありませんが、これらの情報であっても、個人情報と同様に適切な情報管理体制が求められるところです。また、死者に関する情報については、同時に遺族に関する情報である場合には個人情報に該当することとなるので、注意が必要です。

また、個人情報は、個人が識別できる情報をいうこととされているので、個人が識別できないような統計情報は含まれません。

一方、個人が識別できるような情報であれば、一般に他人に知られたくない情報（資産状況、

病歴、犯罪歴など）であるかそうではないかに関わらず、個人情報として適切な管理をしなければならないものです。

３　個人情報取扱事業者

１）この法律の規制を受ける個人情報取扱事業者

個人情報保護法では、民間事業者による個人情報の取扱いを定めていますが、この法律による規制の対象となるのは、個人情報取扱事業者です。

個人情報取扱事業者とは、個人情報データベース等（個人情報を含む情報の集合体であってパソコンなどで検索できるよう体系的に構成したものなど）を事業の用に供している者で、次の者を除くこととされています。

①　国の機関　→　（行政機関個人情報保護法の対象）
②　地方公共団体　→　（個人情報保護条例の対象）
③　独立行政法人　→　（独立行政法人等個人情報保護法の対象）
④　地方独立行政法人　→　（個人情報保護条例の対象）
⑤　その取り扱う個人情報の量及び利用方法からみて、個人の権利利益を害する恐れの少ないものとして政令で定める者

⑤に関して、個人情報取扱事業者から除外される者は、識別される個人の数の合計が過去６か月以内のいずれの日においても５０００人を超えない者が該当します。

２）個人情報取扱事業者の義務（主なもの）

（１）利用目的による制限等

①　利用目的の特定
個人情報を取り扱うに当たっては、原則として、その利用目的をできる限り特定しなければなりません。

②　利用目的による制限
原則として、あらかじめ本人に同意を得ないで、利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱ってはなりません。

（２）適正な取得、正確性の確保、安全管理措置等

①　適正な取得
りその他不正の手段により個人情報を取得してはなりません。

②　取得に関しての利用目的の通知等
個人情報を取得した場合は、あらかじめ利用目的を公表している場合を除き、速やかに、利用目的を本人に通知し、または、公表しなければなりません。

③　データ内容の正確性の確保
利用目的の達成に必要な範囲内において、個人データを正確かつ最新の内容に保つようにしなければなりません。

④　安全管理措置
取り扱う個人データの漏えい、滅失、き損の防止その他の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければなりません。

（３）第三者提供の制限

原則として、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはなりません。

（４）本人の関与

①　保有個人データに関する事項の公表等

保有個人データに関する一定の事項について、本人の知り得る状態にしておかなければなりません。

②　開示

本人から、本人に関する保有個人データの開示を求められたときは、本人に対し、原則として、地帯各開示しなければなりません。

③　訂正など

本人に関する保有個人データについて、本人から、その内容が事実でないという理由によって訂正、追加、削除を求められた場合は、原則として、必要な調査を行い、訂正等を行わなければなりません。

（５）苦情の処理

個人情報の取扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努め、そのために必要な体制の整備に努めなければなりません。

３　医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

厚生労働省では、医療機関や介護事業者が遵守すべき個人情報の取扱いに関する事項をガイドラインとして定めています。この中で、個人情報保護法に規定する個人情報取扱事業者に該当しないような小規模な事業者についても、個人情報取扱事業者と同様に、これらの規定を遵守する努力を求めています。

【チェックポイント】

□　個人情報とは、「生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別できるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別できることができることとなるものを含む）」と定義されている。

□　個人情報取扱事業者は、利用目的による制限等、適正な取得・正確性の確保・安全管理措置等、第三者提供の制限、本人の関与、苦情の処理などの各事項を遵守しなければならない。

□　個人情報保護法による規制を受けるのは個人情報取扱事業者であるが、これに該当しない小規模事業者についても、同様の対応をする努力をすべきこととされている。

第３部

生活相談員に求められる実践技術

第１章　　相談援助の技術

第２章　　集団援助の技術

第３章　　地域援助の技術

第４章　　住まいの環境

第１章　相談援助の技術

Ⅰ　見学・入居相談の対応

１　見学

入居希望者は概ね「終の棲家」と思い見学に来ることでしょうから、自分の人生の終幕を迎えるにふさわしい住まいかどうか、を見ることとなります。その際に、十分に説明し、質問には適切に答えることが相談員として求められる技術です。

入居希望者から見る見学時の視点については、東京都が「あんしんなっとく高齢者向け住宅の選び方」という小冊子を作成しており、詳細にチェックポイントを乗せているので参照してください。

●見学時のチェック（設備）

住戸部分

□	広さや間取りは自分の希望に適しているか
□	手すり等が必要な場所についているか、あるいは後付け可能か
□	トイレや浴室等に「緊急通報・安否確認」設備があるか
□	トイレや浴室は介護が必要になった場合も使いやすいか
□	コンセントや電気スイッチ等が使いやすい位置にあるか
□	収納スペースは充分か
□	日当たりや風通しの状況、騒音や物音が気にならないか
□	空調管理は調整しやすくなっているか
□	照明は明るく調整しやすいか
□	玄関・浴室・バルコニーの出入り口の段差の状況はどうか

共有部分

□	建物入口のセキュリティ等に不安がないか
□	床や手すりの設置状況はどうか
□	十分な明るさ（照明）があるか
□	（希望に応じて）食堂等のコミュニティスペースはあるか
□	災害の際の避難ルートは適切でわかりやすいか
□	共益費（管理費）の対象となる共用部分はどこにあたるか

要介護の人向けの住宅

住戸部分

□	広さや間取りは自分の希望に適しているか
□	居室ドアは引き戸等で軽く扱いやすいか
□	車いすでも利用しやすい間口や広さがあるか
□	手すりは必要な場所についているか
□	トイレやベッドサイドに「緊急通報・安否確認」設備があるか
□	トイレはプライバシーが保てる形状になっているか
□	コンセントや電気スイッチ等が使いやすい位置にあるか
□	空調管理は調整しやすくなっているか
□	照明は明るく調整しやすい設備か
□	居室やトイレは介護しやすいつくりになっているか

共有部分

□	建物の出入口のセキュリティはどのようになっているか
□	共有部分は車いす等でも利用しやすいゆとりがあるか
□	食堂は明るく清潔か
□	管理人室やヘルパー待機所等は利用しやすい環境か
□	重度の要介護者に対応できる入浴設備があるか
□	浴室の使用ルールや使用可能な回数はどのようになっているか
□	洗濯室の使用ルールはどのようになっているか
□	台所の使用ルールはどのようになっているか
□	来客時に使用できるスペースはあるか
□	災害の際の避難ルートは適切でわかりやすいか
□	共益費（管理費）の対象となる共用部分はどこにあたるか

見学時のチェック（サービス等）

住居

□	家賃及び共益費（管理費）の対象部分はどこか
□	共益費（管理費）の内容や根拠はどうなっているか
□	水道・光熱費は個別メーターなのか、それとも共益費として一律徴収されるのか

生活支援サービス

□	各サービスは、誰と契約して、誰から提供されるのか
□	各サービスの申込方法、申込先の確認
□	各サービスの費用負担について説明を受けたか
□	各サービス提供者の変更は可能か

基本サービス（緊急時対応・安否確認・生活相談等）

☐	常駐のスタッフがいるかどうか。何人いるか。何時～何時にいるか。資格はあるか。
☐	夜間のスタッフはどうなっているのか
☐	緊急時には、誰がどう対応するのか（緊急通報システムの場合も含む）
☐	不安があるときなど、定期的な安否の確認をしてもらえるか
☐	健康や介護のことで相談にのってもらえるか
☐	緊急時対応等以外に、基本サービス費用で提供されるサービスはあるのか
☐	基本サービス費用で、提供されるサービスに上限はあるか 例）緊急時対応・安否確認は月又は日毎○回まで、専門医療相談は別料金

選択サービス（食事サービス・家事サービス）

☐	食事の申込は事前制かその都度か
☐	食事のキャンセルの可否と費用負担
☐	食事メニューはバラエティに富んでいるか
☐	介護食、病気食に対応しているか
☐	試食してみて自分の好みにあったか
☐	体調が悪いとき、自室まで運んでくれるか
☐	ゴミ出しサービスの有無とその利用方法
☐	掃除サービスの有無とその利用方法

介護サービス

☐	介護サービスの契約の相手は誰か、提供者は誰か
☐	サービス内容や費用について説明を受けたか
☐	介護保険（一部負担）以外に必要な費用（全額自己負担）はなにか
☐	介護サービスに不満がある場合、提供者を変更できるのか
☐	介護度が重度化したり、認知症になった場合の対応はどうか
☐	介護度が重度化したり、認知症になった場合に住み替えは必要か
☐	介護度が重度化した場合、住み替えの相談体制があるか

医療サービス

☐	緊急時に利用できる提携医療機関の有無と提携の内容
☐	必要に応じて専門医療機関についての情報提供が受けられるか
☐	近隣の医療機関の診療科目等は自分に合ったものか
☐	訪問看護事業所、訪問診療を行う医療機関が近隣にあるか
☐	これらをコーディネートするスタッフは常駐しているか

周辺の環境チェック

□	銀行・郵便局・商店・医療機関等が行きやすい場所にあるか
□	交通の便はどうか（交通手段と運行頻度、費用等）
□	周辺環境はどうか（坂道の有無、自然、騒音等）

その他

□	スタッフや入居者の雰囲気はどうか
□	入居者同士のコミュニケーションの機会はあるか
□	サービス内容と費用の詳細が書面から分かるか
□	苦情や相談の窓口は明記されているか
□	住戸内でたばこや仏壇のロウソク等火の使用は可能か
□	ペットは飼えるか

見学時に入手しておきたい検討資料のチェック

□	パンフレット等
□	建物賃貸借契約書
□	入居のしおり(管理規定等)
□	サービス契約書
□	サービスに関する重要事項説明書
□	サービス一覧表

費用の根拠をチェック

□	家賃の説明が納得できるものであったか
□	共益費（管理費）の内訳と算定根拠の確認
□	基本サービス費の内訳と算定根拠の確認
□	食事の内容と算定根拠の確認
□	別途費用が必要になる場合の確認
□	サービス費が改定される場合の扱いの確認

2　入居相談

入居相談は、入居を希望する高齢者にとって入居後の生活を予測し、自分や家族にとって満足のゆくものとなるかの確認の場です。しかしながら認知症であったり、重度要介護の方の場合、本人よりもご家族の意向が先行してしまうことがあります。このような場合でも、できる限りご本人の見学と面談を行い本人の意向と状況を把握するようにしましょう。ご本人が入院や入所中の場合は、施設に赴き、ＭＳＷや施設のケアマネジャーから心身状況の確認を行うのもよいでしょう。

相談員は入居相談を通じ、ご本人の生活を予測し、生活する際に必要なサービスの提案や、身体状況、疾病の状況から見て当該住宅でどうしたら安心して生活ができるかどうかを率直にアドバイス出来なければいけません。

このためには当該施設の介護サービスについてしっかりと理解していることが求められます。

（１）入居相談の意義と内容

サービス付き高齢者向け住宅は、バリアフリー・手すり設置などの住宅仕様、緊急時に対応する緊急通報装置、生活相談員による日常生活の支援機能、多くが介護施設の併設と高齢者の在宅生活を支える最前線の住宅ともいえます。

しかし、そのようなサービス付き高齢者向け住宅の機能を理解せずに入居すると混乱を招く結果となります。このようなことが起こらないよう説明する責任がサービス付き高齢者向け住宅の側にあります。入居相談時に説明の機会を作り生活相談員が説明をすることが望まれます。

入居相談で必ず行わなければならないことは、次のとおりです。

①緊急通報システム、生活相談員、生活支援員、の役割、食事提供の説明、施設としてできること、外付けの介護サービスにゆだねることについて説明し、混乱を防ぎます。

②入居者が介護保険利用者であるかないかを把握し、利用者である場合には在宅介護が継続できるように調整します。また支援が必要であるのに、介護保険手続きをしていない場合には介護保険などの説明をして、転居後の生活環境を整える支援をします。

（２）入居相談の前に生活相談員が把握できる情報

入居相談前に、入居紹介先である病院、老人保健施設、地域包括支援センター、介護支援専門員、などから提供されます。住み替えの必要がある方への支援の一環として以下のような情報が提供されます。情報はすべて個人情報ですので、取り扱いに注意します。（相談受付票など参照）

・氏名・生年月日・住所・既往症と現在の疾病
・現在の身体状況・主治医
・住み替えの理由・介護者の有無など

（３）入居者から得られる情報と個人情報の保護

入居者の個人情報を収集する際に心がけることは、個人情報保護の重要性を認識して、業務上必要な範囲の情報を得ることです。生活相談員には守秘義務がありますので、もしも入居に至らなかった場合には、責任を持って処理してください。なお守秘義務は退職後も継続します。

しかし、入居者を効果的に支援するためには入居者を理解することが必要です。入居者から得た情報や提供された情報を入居者の利益に資するために利用することがあることを了解してもらう必要があります。このため、契約時には個人情報提供の同意書をいただくようにしましょう。同意書の内容には、医療情報・担当者会議など入居者本人の利益に資することを明記し、必要以上の情報を求めるべきではありません。（個人情報同意書参照）

①　入居前面談のポイント

入居相談で生活相談員は初めて入居者と対面をすることになります。高齢であり、何らかの生活支援を必要とする必要とする方々が、顔なじみもなく新しい環境で生活ができるか、不安でいっぱいです。生活相談員は、住宅ではじめに会う職員であり、入居前に顔なじみになる意義は大きく、生活に慣れるまでは、頼りになる存在とならねばなりません。

入居相談で確認することは、以下の内容です。調査票を作成し利用しましょう

・住所・氏名・生年月日・現住所・電話番号・入居予定日・入居に際しての問題点・緊急連絡先〈氏名、続柄、住所、電話番号（できれば携帯番号も）〉・主治医・介護保険認定の有無、介護度・現在利

用しているサービス機関と利用頻度・ケアマネの有無（相談受付票・入居希望面接票・入居申込書・入居者基本情報など参照）
・面接の相手が本人以外の場合は、上記の情報を聞き取るとともに氏名、間柄、住所、電話番号を確認しましょう。

【チェックポイント】
□緊急通報システム、生活相談員、生活支援員、の役割、食事提供の説明、施設としてできること、外付けの介護サービスにゆだねることについて説明している。
□入居者が介護保険利用者である場合には在宅介護が継続できるように調整している。
□支援が必要であるのに、介護保険手続きをしていない場合には介護保険などの説明をして、転居後の生活環境を整える支援をしている。
□入居者から得た情報や提供された情報を入居者の利益に資するために利用することがあることを説明し、契約時には個人情報提供の同意書をいただいている。

Ⅱ　入居時の対応

入居間もない高齢者は、新しい住居での生活に不安で一杯です。それだけに、相談員の気配りが必要となります。まずは、安心できる人だと思われることが大切で、そのためには相談員という役割を認識してもらえるように、こちらから積極的に声かけをしていくという姿勢が求められます。

そして、より良い支援をするための情報収集も大事です。基本情報で把握できたことなどを基に会話を広げていくと、様々な情報が得られるでしょう。

はじめは入居された方がはなしたくなるような話題を見つけましょう。人によっては、自慢したいことであったり、自分の足跡であったり、あるいは自分が大変な目にあってきて話すことで共感をほしいというようなことなど様々です。生育歴や家族の状況、趣味や関心事など折に触れて聞いたりして引き出すことを心がけましょう。入居者が一番辛いのは「無視されること」です。相談員が目指すのは、入居者にとって「自分という存在を大切にしてくれる人」という認知を得られることです。

「何か困ったことや分からないことがあれば気軽に声をかけてくださいね」というメッセージを、笑顔と共に、いつも表出していましょう。

これらの援助には、相談援助の基礎知識が必要なことは言うまでもありません。相談員の姿勢は「適度に親しく、適度に他人である」という専門職的援助に立っています。
特にバイステックの７原則は今も通じる対人援助の基本的な姿勢ですので、自分の相談援助を振り返る際に確認してみて下さい。

また、環境に慣れないことから事故につながりやすいリスクもありますので、緊急通報装置の説明や緊急時の対応などを納得できるまで確認するとともに、館内の設備や機器の利用、共用部分の使用ルールやゴミ出しのルールなども繰り返し説明しましょう。

少し慣れてきたら、その地域のことも説明すべきでしょう。一緒に住宅から外出して、地域の社会資源（コンビニ、銀行、郵便局、公共施設等）などを案内することも望ましい対応です。わかりやすい地域のマップを作って配布するなどの取組も望まれます。

入居者が認知機能が低下しているために、住まいで取り決めているルールなどを理解できなくてトラブルになる場合もあります。その様なときは、生活相談員が一人で対処するのではなく、支援するチームの一員としてスタッフで話し合い、適切な対応を心がけるべきです。

新しく入る方が、以前から住まわれている方となじみやすい関係を作るよう、活動プログラムに誘うとか、以前からの入居者で面倒見の良い方に声かけして頂くように工夫するとか、様々なグループワーク的な援助も必要です。（「入居者同士の交流」参照）

バイステックの７原則

１　個別化の原則

個別化の原則とは、利用者のもっている問題を普遍化して一般的な文脈の中で処理しようとすることではなく、利用者の個人的問題として、利用者個人の人格の尊重と利用者の特殊な背景を考慮し、その利用者に合った最適の援助をしようとする姿勢である。

２　自己決定の原則

利用者が自らの意思で自らの方向を選択すること、つまり、人間はもともと自分で物事を解決できる能力が有るのであって、援助者は問題を整理するお手伝いをするが、最終的には利用者が決定するということである。

３　受容の原則

受容の原則とは、利用者のもつ特性をあるがままに受け入れて、利用者に自分は大切に思われている、と感じさせること、また、実際に援助者にとって、利用者はかけがえのない人なのだと感ずる心の姿勢を育てることでもある。

４　非審判的態度の原則

援助者は、利用者に白黒をつけさせる様な態度で接してはならないということである。援助者は審判ではない。いかなる場合も援助者の取るべき態度は、まず利用者を安心させることである。

５　秘密保持の原則

利用者の秘密保持は決定的に重要であり、援助者の原則である。問題解決のために利用者の情報を第三者に開示することは「個人情報使用同意書」により保証される。

６　統制された情緒関与の原則

利用者の抱えている感情的混乱に引きずられることなく、援助者の個人的感情を統制するというものである。

７　意図的な感情表現の原則

利用者が自分のむき出しの感情を自由に表現できるように、援助者は意図的に関わらねばならないというものである。とりわけ、否定的な感情、抑圧された感情を吐露することで、利用者が自らを振り返ることができるように支援する。

【チェックポイント】

□こちらから声をかけて、積極的にコミュニケーションしている

□「困ったことがあれば気軽に声をかけてください」というメッセージを、　笑顔と共に、いつも表出している

□緊急通報装置の説明や緊急時の対応、館内の設備や機器の利用、共用部分の使用ルールやゴミ出しのルールなども繰り返し説明している

□地域のことも説明し、コンビニ、銀行、郵便局、公共施設等などを案内したり、地域のマップを作って配布するなどの取組をしている

□認知機能が低下している入居者へは、スタッフで話し合い、適切な対応を心がけている

□以前から住まわれている方となじみやすい関係を作るよう、様々なグループワーク的な援助を行っている

Ⅲ　日常の相談援助活動

日常の相談援助活動は、高齢者の暮らしを支える訳ですから、様々な問題が横たわっており、常にアンテナを張り巡らしていなければなりません。疾病、認知症、権利擁護や入居者同士の交流、地域との交流、年金、介護保険サービスなど、生活相談員の業務と知識の領域は広く要求されています。

それらの知識は、他の項目で解説することとし、この項では、基本的な業務について述べます。

１　記録

（１）入居者台帳の作成

入居者の緊急連絡先、主治医の病院、疾病、禁忌の食品、利用している介護事業所、などを記載した台帳の作成を行いましょう。家族への連絡、体調変化時の医療機関・、介護事業所との連絡などに利用します。また、日常の支援内容を記載したりします。

（業務日誌・状況把握記録、生活支援サービス提供記録、生活記録シートなど参照）

（２）相談の記録を作成する

入居者から相談を受けたり、入居者の状態に変化があった時などは、記録に残さねばなりません。特に認知症高齢者や高次脳機能障害、精神疾患の方の場合には、不穏の時にどう対応していったか、それが効果的な対応だったか、それで良かったのかなど、を記録し、振り返ることでよりよい支援へつながります。

また記録はチームの共通理解と申し送りにもなりますので、必ず日々更新することが必須です。相談票を用意し、入居者ごとにファイリングしましょう。

こうした記録は、成年後見制度の利用、グループホーム、特養への住み替えなど、次の暮らしへの提案の根拠となります。

日常の支援内容については、管理者が目を通す仕組みが重要です。支援の内容が生活相談員だけの判断ではないということが明確になりますし不適切な支援は目を通していることで指摘でき、改善につながります。こうした機能は生活相談員へのスーパービジョンとなり、大事な

取組です。

（３）法令等で定められた記録の作成と保管

サービス付き高齢者向け住宅については高齢者住まい法の施行規則で、次のように帳簿を残しておくことが義務づけられています。このうち、金銭受領、生活支援サービスの内容、身体拘束した場合の理由や内容等、事故発生時の内容と処置については生活相談員の業務に深く関わります。それぞれの項目で説明しておりますが、これらの記録の保管を確実に行いましょう。（保管はパソコン内のファイルで可。ただしこまめにバックアップすること）

国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則

（帳簿）

第 21 条　法第 19 条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項は、次に掲げるものとする。

（1）登録住宅の修繕及び改修の実施状況

（2）入居者からの金銭の受領の記録

（3）入居者に提供した高齢者生活支援サービスの内容

（4）緊急やむを得ず入居者に身体的拘束を行った場合にあっては、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由

（5）入居者に提供した高齢者生活支援サービスに係る入居者及びその家族からの苦情の内容

（6）高齢者生活支援サービスの提供により入居者に事故が発生した場合にあっては、その状況及び事故に際して採った処置の内容

（7）サービス付き高齢者向け住宅の管理又は高齢者生活支援サービスの提供を委託により他の事業者に行わせる場合にあっては、当該事業者の商号、名称又は氏名及び住所並びに委託に係る契約事項及び業務の実施状況

２　住まいの設備機器の取り扱いの精通

サービス付き高齢者向け住宅には、緊急通報装置をはじめ、冷暖房機器、給湯設備、特殊入浴装置、洗濯機など様々な設備機器が導入されています。電気のつけ方、お湯の出し方から説明しないと生活に支障をきたしてしまいます。生活相談員は設備機器の取り扱いができるようにしましょう。また取扱説明書をすぐに出せるようにしておきましょう。

また、災害時、停電時等の備えとしても機器の性能や電力消費などを知っておくことが望まれます。こうした知識はマニュアルとしていつでも見ることができるようにしておきます。

３　ケアチームの一員としての支援

生活相談員は、入居者にとって最も身近にいる専門職です。生活の実態を最も身近にみることができるということは、きめ細かなアセスメントができるということです。日々変わる情報を分析し、提案ができるとともにモニタリングも頻回に行うことができます。介護保険に位置付けられている担当者会議にも出席しましょう。往診時の立会も拒否がなければ積極的に行いましょう。

また、地域の老人福祉センター、区民センター、社会福祉協議会と顔見知りの関係を作るように心がけましょう。インフォーマルな社会資源や、高齢者の集う場を紹介することも生活相談員の業務です。

【チェックポイント】
☐心身の状況の変化を把握した場合は、タイムリーに家族に伝えている
☐声かけで、引きこもりを防いでいる
☐住みよい館内を作るためにアンテナを張っている
☐相談員としてのかかわり以上を持つことは慎んでいる
☐相談しやすい雰囲気を持つ笑顔の生活相談員を心がけている
☐入居者の個人情報の保護に注意し、配慮している
☐当該施設の介護サービスについてしっかりと理解している
☐住宅の機能を説明し、入居後の混乱を招かないようにする
☐決められた帳簿や入居者の台帳を作成している
☐相談記録は、適時記録し、管理者の目を通している
☐設備機器の取り扱いに精通しており、マニュアルを整備している
☐介護保険サービスのケアチームの一員として積極的に機能している

Ⅳ　状況確認（安否確認）

１　安否確認の方法

状況把握（安否確認）は、サービス付き高齢者向け住宅では生活相談とともに義務づけられたサービスですが、サービス付き高齢者向け住宅に限らず、すべての高齢者向け住宅で必須のサービスです。

安否を確認するには、①ハード的な見守り装置（センサーなど）、②緊急通報、③人による確認（挨拶、食事、訪問、電話など）、④生活行為・動作で確認（ゴミ出し、新聞、外出、サークル活動など）がありますが、それらを複合的、重層的に組み合わせる必要があります。決して一つの方法に頼らないことが肝心です。

また、定期的な訪問をいやがる人もいて「監視されているようだ」という感想を抱く人もいます。このような方には定期的な訪問の意義をご理解いただくような努力も必要ですが、回数はあまり押しつけがましくならない程度になるようにしましょう。

安否確認で大切なのは、次の３つです。

① 複合的に組み合わされた見守りシステムで少なくとも朝夕ぐらいは確認し、記録することです。安否確認表をご参照ください。

② 頻回の安否確認が必要な方は、身体症状が優れない方か、認知機能が低下している方、閉じこもりがちな方、うつ的な症状の方などです。この方々の安否確認は、スタッフで具体的なケアプラン（住まいとしてのチームケアのためのプラン）を策定し、プランに沿った見守りを実施します。

③ 日頃から入居者の生活リズムをスタッフで共有し、生活リズムに変調を来している場合は意図的にコミュニケーションすることが必要です。

＜生活リズムの変調のポイント＞

・身辺の変化（家族や知人などの病気や死）
・不眠や便秘などの訴え
・緊急通報の誤報の増加
・サークルなどに参加しなくなった
・外出しなくなった
・好きなこと（スポーツ応援とかドラマとか）を話題にしなくなった　など

２　安否確認の記録

自事業所の方法にあった安否確認表を作成し、それに記録する方法も決めておきます。記録といってもパソコンでワンクリックするぐらいの省力化した工夫がないと継続できませんので、そのような環境づくりを検討しましょう。

●安否確認表の例：

高齢者財団法人高齢者住宅財団　生活援助員等業務ハンドブック（131 頁より転載）

安否確認記録票

担当者氏名　〇〇 〇〇

入居者番号：0000　　A棟　　0号室

確認事項：

①月・水の午前中に電話での安否確認を希望。息子さんから、最近物忘れがひどく心配なので気にかけて欲しいとの連絡あり。

②毎朝7時頃、新聞を取りに出る。ゴミもまめに出している。

③金曜日は、地域のボランティア活動に参加している。

④ボランティア活動の後、一週間分の食料品を買出しに行っているとのこと。

日時		安否確認の内容													特記事項・その他
		機器確認				人的確認			生活行為・動作						
		水センサー	赤外線センサー	ドアセンサー	緊急通報	訪問	電話	来所相談・面接	挨拶・声かけ	新聞	洗濯物	買い物	ゴミだし	地域活動	
03年2月12日（水）	9:00	○								○					来週金曜日から、息子夫婦の家に行くので、日曜日まで不在。月曜の朝戻って来るので、生活異変センサーを停止する必要あり。設定が分からないので教えて欲しいとのこと。午後1時に訪問・対応。
	10:00						○								
03年2月13日（木）	9:00	○													
	10:30												○		
03年2月14日（金）	9:00	○													
	13:15											○		○	
03年2月15日（土）															
03年2月16日（日）															
03年2月17日（月）	9:00	○								○			○		
	10:00						○								
03年2月18日（火）	9:00	○								○					お風呂の水が溢れたため発報。最近、うっかり忘れてしまうことが多くなったとのこと。注意が必
	16:30				○										
03年2月19日（水）	9:00	○								○					
	10:00						○								
03年2月20日（木）	7:10									○			○		
	9:00	○													
03年2月21日（金）	9:00	○								○					センサーの設定は、迎えに来たお嫁さんにしてもらったとのこと。来週月曜の朝、帰宅予定。
	10:30								○						

3　災害時の安否確認

もちろん災害時等の安否確認はこの限りではなく、早急な安否確認が必要ですが、これは火災・災害・事故対策の項で述べます。

Ⅴ　緊急時の対応

１　緊急事態と事故

緊急時には、利用者の急激な体調の変化などのように、利用者の身体に関する不測の事態に起因して起こる「異常事態」と、サービス実施を原因とする「事故」、また「災害時」について、適切に対応することが重要です。そのためには、異常事態ならびに事故の状況を正しく見極める必要があります。また、身体の損傷、過失の有無およびその程度によって対応法が異なることにも十分注意しましょう。

● 緊急事態とは　…適切な対応をすみやかに行わなければ、後に障害を残したり、最悪の場合には生命を脅かす恐れのある事態のこと。

● 事故とは　…実施したサービスを原因とした過失によって生じた事態のこと。たとえば入浴介助中の転倒、所有物の破損・紛失など。

２　緊急事態発生時の心構えと対応

（１）　緊急時事態の発見者の心構え

①あわてない　：落ち着いて、事故の状況や利用者の急病の状態を観察します。

②安心感を与える　：事故や急病は本人自身も驚き、不安を感じています。安心させると共に、力づけることが大切です。

③協力体制を整える：他の職員がいる場合にはすぐに協力体制が組めるようにシステムを明確化しておきましょう。異常時においてもすみやかに行動することは、利用者の生命・予後および治療方針に重要な影響を及ぼします。適切な対応と責任の明確化のためには、緊急時の利用者や家族の了解および適切な看護師の判断、医師の指示が必要です。

（２）緊急事態発生時の対応

利用者の身体状況の急変や事故などの事態が発生した時には冷静に判断して対処してください。以下に緊急事態の内容別に、対応の手順を簡単に示します。いざという時に慌てず冷静に対応できるよう、その内容を十分把握しておいてください。

①　利用者が倒れていた時

- 声かけによる意識の確認をとり、本人が話せれば情報収集をし、他職員に協力を仰ぎ、必要に応じて救急車の手配（１１９番）をする。意識がなければ、救急車の手配をする。
- 救急車の手配時に、到着するまでに行う処置の方法を聞き、指示に従う。
- 意識がなくバイタルサインがない場合でも、死亡の判断はせず、主治医あるいは救急車の手配をする。

②　利用者の身体状況の急変や、事故がおこってしまった時

- 必要に応じて救急車の手配をする。
- かかりつけの医療機関、訪問看護ステーションなどに連絡し状況説明と判断を仰ぐ。
- 家族などへの連絡をする。
- 救急車、医療機関への連絡時に、応急処置の方法を聞き、指示に従う。

③　災害時

・地震、火災などの緊急時には、あわてずに日頃よりの防災計画に沿って行動する。

なお、緊急事態発生時の記録は支援経過などに必ず記録します。

緊急対応記録の例：

高齢者財団法人高齢者住宅財団　生活援助員等業務ハンドブック（145 頁より転載）

緊急対応記録票

担当者氏名　○○ ○○

入居者番号：0000		A棟　0号室	緊急対応の内容									
			生活異変			緊急呼出			ｾｷｭﾘﾃｨ警報			
日時		対応	水センサー	赤外線センサー	ドアセンサー	緊急呼出ボタン	トイレ緊急通報	浴室緊急通報	火災発生	ガス漏れ	侵入者あり	注意報・警報発令
03年2月12日（水）	9:30	居室から緊急通報あり。通話確認に反応がないため、一人で急行。				○						
	9:35	部屋の外から声をかけたが反応なし。電気錠・ドアチェーンを強制開錠し、異変に気づき外に出てきた隣のAさんと入室。										
	9:40	居室で倒れているBさんを発見。意識が不明確で、声かけや目による反応が得られないため、Aさんに救急車を呼んでもらう。警報解除。										
	9:42	声かけに反応し、本人は大丈夫だと言い起きあがろうとしたが、横になった状態でいるようにうながす。心臓疾患の薬を飲んでいることを把握していたので、「薬を飲んでいるのだから病院で診てもらいましょう」と説得。										
	9:45	救急車が到着。Bさん本人の希望でAさんに同乗してもらい救急搬送される。家族に連絡し、状況を説明。娘さんが病院に向かうとのこと。										
03年3月3日（月）	05	キッチンで火災警報が作動。通話で本人が慌 いるので、すぐに向かうことを伝え一人で急										
		外から声をかけ、本人の同意のもと一人で入 キッチンの異常がないことを確認する。警報解除。										
	12:15	本人を落着かせ、ケガがないか確認。フライパンの油に火が入り、少しやけどをしているので、流水で冷やす応急処置をし、娘さんに連絡を入れ										
	12:30	娘さんとともに、病院へ行った。										

トピック：信頼関係と情報管理

生活援助員と居住高齢者が、互いに信頼できる関係づくりをしていく際には、高齢者から聞いたこと全てが他の専門職に伝えられているということは、何でも話してしまう生活援助員ということになりやすい。知りえたことも、高齢者本人の口から話されたこと以外は公言したりすることのないよう、対応方法を共通理解としてもつ必要がある。

Ⅵ　関係機関との連携

入居者の支援に当たっては、専門的な関係機関と連携することも往々にしてあります。医療機関や、ケアマネジャー、介護サービス機関などとの連携は日常的に行われます。

また、民生委員、町内会、警察、商店街、行政など地域の社会資源との連携もありますので、入居者に活用できる地域の社会資源について確認しましょう。

関係機関との連携では、自分が何者かということをまず知ってもらわなければなりません。名刺の

常備、名札の着用は当然です。さらに、関係機関から呼ばれる会議には必ず出席すること、また出席するからには意見を述べることが大切です。公的な会議の場合はあらかじめ事業所の意見を管理者とすりあわせておきましょう。

また、関係機関のみならず、業界団体、職能団体、地域ケア連絡会などの研修会や会合にも出来るだけ出席し、人的なつながりを作ることは大変重要です。顔の見える関係を築くことが、事業所の運営、ひいては入居者サービスの質の向上につながります。

Ⅶ　住み替えの支援

入居者の中には、住み替えを希望する方もいらっしゃることと思います。その様な場合も相談員は、適切な助言をすべきです。

住み替えの相談については、第 1 部第 3 章の「高齢者向け住宅の種類と住み替え相談への対応」を参照下さい。

【チェックポイント】

□複合的に組み合わされた見守りシステムで安否を確認し、記録している
□身体症状が優れない方、認知機能が低下している方、閉じこもりがちな方、うつ的な症状の方の安否確認は、スタッフで具体的なケアプランを策定し、プランに沿った見守りを実施している。
□日頃から入居者の生活リズムをスタッフで共有し、生活リズムに変調を来している場合は意図的にコミュニケーションするよう心がけている
□緊急時の対応のマニュアル、記録用紙がある
□名刺を常備し、名札を着用している。
□関係機関、業界団体、職能集団、地域ケア連絡会などの集いに参加している
□住み替えの相談に適切に応じている

参考文献

財団法人　高齢者住宅財団　生活援助員ハンドブック
財団法人高齢者住宅財団　高齢者住宅支援員テキストブック
国土交通省　サービス付き高齢者向け住宅について

第２章　集団援助の技術

Ⅰ　入居者同士の交流

生活相談員には、同じサービス付き高齢者向け住宅に住む高齢者同士が互いに助け合い、高齢者一人一人が望む生活を送ることができるよう支援することが求められます。

このために高齢者同士が触れ合い、「ここに住んでいてよかった」と思える空間を作るようにしましょう。

そのための仕掛け作りを行います。

（1）入居者の集う場を作る

1）物的環境を作る

入居者の集う場は、食堂、集会室、ラウンジなど建物によって様々です。時には廊下の一部にソファーなどを置いてしつらえを作り、語らいの場を作ることもできます。

人の集まりやすい場所に語らいの場を作る工夫をしましょう。

・彩光の取れる窓か、明るい照明を利用し、開放的な空間を作る
・風の通りを良くし、快適な温度と湿度でさわやかな空気を通す
・カーテンの色を明るいものにし、絵を飾る、花を飾るなど工夫する
・座り心地のよい椅子と適度な高さのテーブルを用意する

2）企画する

・季節の行事（もちつき、花見会、忘年会、クリスマス会など）
・誕生会
・定期的な茶話会、ビデオ鑑賞会
・毎日のラジオ体操
・趣味の会などサークル活動への支援
・入居者からの意見を募る
・入居者参加の企画をする

3）知らせる

・お知らせはエレベーター内、掲示版など多くの人の目に触れるところに張り出す
・巡回の際に知らせる
・定期的なものは、曜日を固定し参加しやすくする

【チェックポイント】

☐彩光・風通しに注意し開放的な空間を作っている
☐カーテンの色、絵・花を飾る、心地よい椅子、テーブルなどしつらえに配慮している
☐季節の行事・誕生会・定期的な茶話会等の企画を行っている
☐誰もが参加できる企画を行っている
☐入居者からの意見を反映、入居者参加など工夫している
☐催しの周知を行っている

入居者同士の交流の場は、新規の入居者が、メンバーの中に入ってゆく機会になるとともに、入居者が互いに思いやりながら、これからの人生を実り多いものにする喜びを見出す場でもあります。そこには一度途切れてしまった社会とのつながりを再現する効果も期待されます。

しかし入居者の人柄や、生い立ち、経済的な理由、疾病などにより、人間関係もすべてうまく行くとは限りません。生活相談員は公平な立場に立たねばなりません。

入居者同士の交流は、自立に近い方たちほど自然発生的に起きることが多いといえます。
自立に近い方たちの輪に色々な身体状況の方たちが混じってゆくというのが自然な流れといえます。これをお手伝いすることも一つの方法でしょう。

入居者同士の交流を促進する際の視点を次に上げます。

・公平性の観点から、なるべく多くの入居者が参加できる時間に行事や催しを企画する
・活動プログラムは固定化せず、入居者全員が楽しめるように工夫する
・入居者のレベルにあった複数のプログラムを用意する
・新規入居者が食堂の席を自分で決めかねていたら、なるべく共通の話題がありそうな、グループに紹介をする
・交流が過度になり、個人の生活を拘束したり、個人攻撃、中傷等が発生しないように見守る
・住宅の中で、入居者を組織化することがあったとしても、同じ人が長期間役に付くことがないように調整する
・高齢者同士で活動することで危険な状況になる場合もあるので、事前に予測し、適切なアドバイスを行う
・さまざまなレクリエーションやグループワークの知識を持つ

【チェックポイント】

□行事や催しは、なるべく多くの入居者が参加できる時間に行っている
□活動プログラムは、入居者全員が楽しめるように工夫している
□交流が過度になり負担にならないように見守っている
□一人のリーダーが全体を牛耳ることがないように調整している
□お友達を作る支援をしている
□事故が起きないよう適切なアドバイスをしている
□レクリエーションやグループワークの知識の習得に努めている

（3）事例から学ぶ

①仲良しグループの事例

　同じ時期に入居した認知症を含む女性 4 人が食堂で仲良しになり、誘いあって食堂に来るようになりました。互いの部屋を訪問したり、自立に近い方が買い物を頼まれたりしています。4 人で料理を作って楽しんだりしています。

【生活相談員として注意すること】
・自室で料理をする際の火の元を確認、注意する
・4 人だけで外出したいといった時の対応を決めておく
・交流することに無理が生じないように小さなサインを見逃さずに見守る
・他入居者を排除したり、排除されたりしないように注意して見守る
・グループ内でトラブルがあった際に介入できるように見守る

②皆で折り紙を作って楽しんでいる事例

　女性入居者の数名が折り紙を食堂で行っています。折り紙を住宅側で用意することにし、千羽鶴の呼びかけを掲示したところ、女性を中心に入居者の多くが鶴を折り楽しむ風景が見られました。千羽できたところで次に何を折ろうか皆で話し合っています。

【生活相談員として注意すること】
・ゆっくりと無理なく目標を達成できるように見守る
・ノルマ的要素がでないようにする

③転倒予防などの体操を実施している事例

　生活相談員と介護事業所が協力して体操の時間を設けています。相談員が声かけをして食堂で毎日実施しています。

【生活相談員として注意すること】
・身体状況を見て、無理強いをしない
・心身に無理のない継続できる体操であることや、椅子に座ってもできる内容の体操を工夫する
・いつも参加している方が欠席された際には状況確認する

参考文献　財団法人高齢者住宅財団　生活援助員等業務ハンドブック　P112～113

Ⅱ　レクリエーション

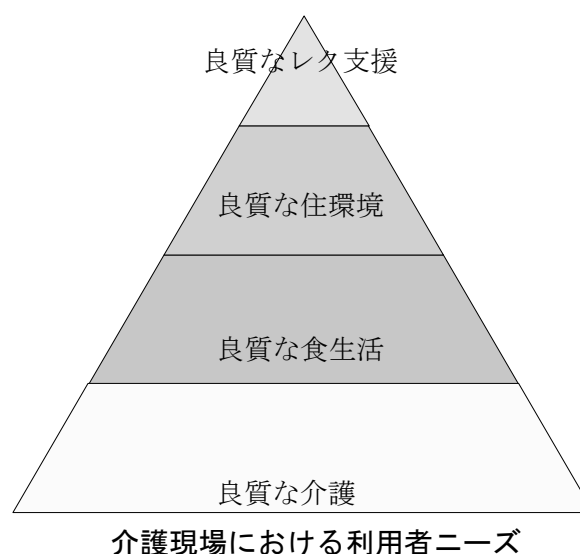
１　基本的な考え方

（1）良質なレク支援

介護現場におけるご利用者様へのレク支援は、ご利用者様のＡＤＬ維持・ＱＯＬ向上に必要不可欠な要素となります。ご利用者様の生活全般において有効な余暇利用の支援は、介護現場において必要不可欠といえます。しかし、介護現場においては排泄介助・入浴介助・食事介助・移動介助、歩行介助等、ＡＤＬにかかわるところの介護業務がその大半を占めるに至り、質の高いレク支援の構築が重要な課題ともいえます。

ご利用者様は、家族の介護力・住居環境・身体状況等様々な事由により、通所サービスや入居サービス等をご利用されます。しかし、それは人間が本来営んできた「自立」した生活からなんらかの「支援」を受ける生活に「変化」する事を意味します。「自分が望む生活」の継続や維持を担保して頂く為には、その方に関わる様々な「職種」の専門職が連携をはかりながら支援していく事がとても重要となります。

北海道レクリエーション協会領域団体ケアレクリエーション倶楽部では介護現場における利用者ニーズを右記図が示すすとおり定義付けています。ご利用者様がその人らしく喜びを感じていただける生活の獲得は、介護が必要な状況になればこそ重要な要素となってきます。「生かされる」のではなく、「生きていく」為に希望をもてる生活環境整備が求められます。

介護現場における利用者ニーズ

ご　利　用　者　様　の
主　体　性　の　尊　重

楽　し　い　生　活　の
実　現

行　動　変　容　の
追　求

（２）レク財とＡＤＬ維持・ＱＯＬ向上

①呼吸を使うレク財　→　詩吟・民謡・カラオケ　等　→　呼吸器運動・口腔運動
②手指を使うレク財　→　皮細工・貼り絵　等　→　手指刺激による前頭前野の刺激
③軽運動のレク財　→　ベンチサッカー　等　→　バランス運動、下肢筋力運動
④外出のレク財　→　他者との交流、社会的交流　等　→　生活々性化、非日常的環境提供
⑤趣味的レク財　→　映画・音楽鑑賞　等　→　知的欲求の刺激

２　レクリエーション支援における行動変容

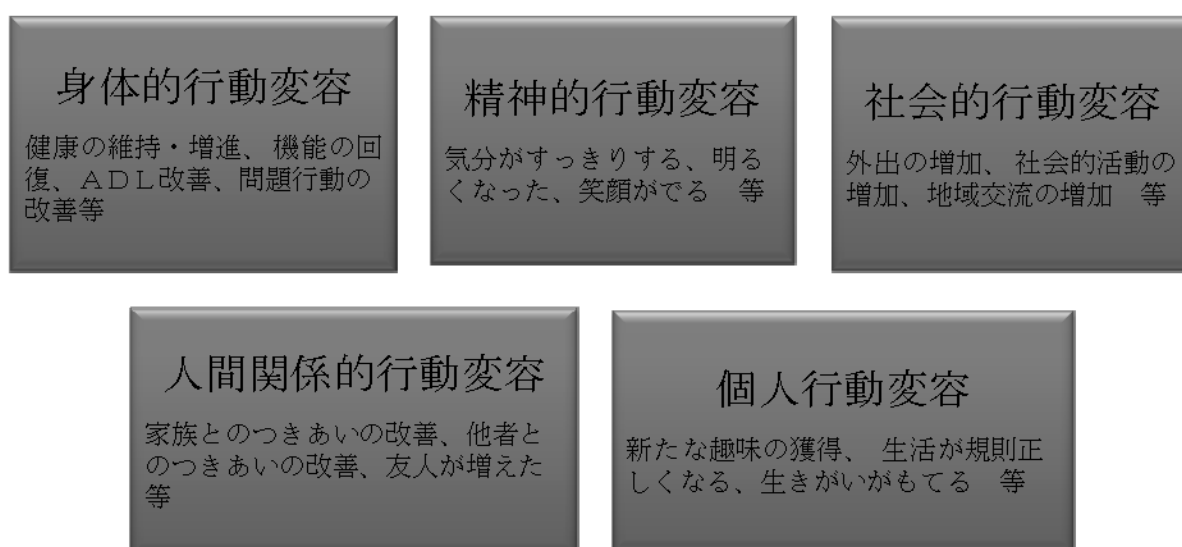
（１）行動変容項目

身体的行動変容
健康の維持・増進、機能の回復、ＡＤＬ改善、問題行動の改善等

精神的行動変容
気分がすっきりする、明るくなった、笑顔がでる　等

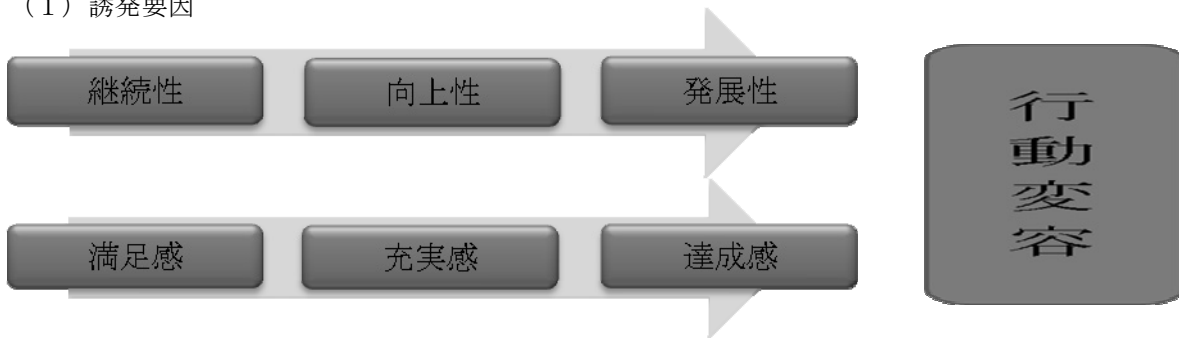
社会的行動変容
外出の増加、社会的活動の増加、地域交流の増加　等

人間関係的行動変容
家族とのつきあいの改善、他者とのつきあいの改善、友人が増えた　等

個人行動変容
新たな趣味の獲得、生活が規則正しくなる、生きがいがもてる　等

【チェックポイント】生活相談員が心がけるべき事項

□業務の一端である事を認識する事が大切です。
□離床・立位・歩行等とレクを融合させる事が大切です。
□ＡＤＬの維持・向上を意識した支援である事が大切です。
□ＱＯＬの向上を意識した支援である事が大切です。。
□レク財の分析をおこない、潜在的有効性を導きだす事が大切です。

３　行動変容の誘発が期待されるレクリエーション要素

（１）誘発要因

【チェックポイント】生活相談員が心がけるべき事項

□ご利用者様の耳なじみな「文言」を選択し説明する事が大切です。

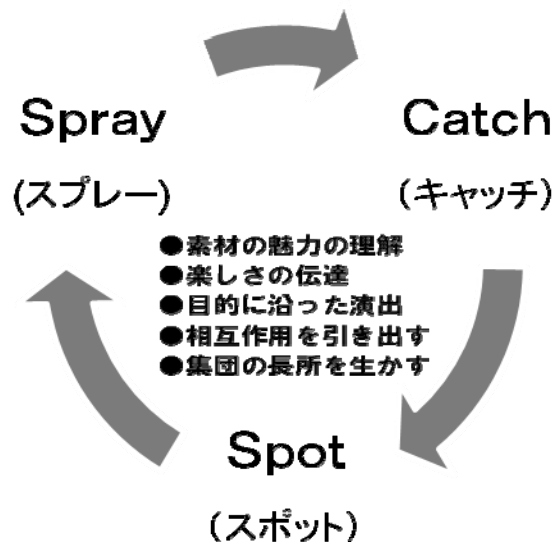
□「ゆっくり」「大きな声」で説明する事が大切です。

□ご利用者様がご理解されているか確認、把握する事が大切です。

□「説明する事」と「ご理解頂く」事の違いを認識する事が大切です。

□「ご理解頂けない」要因は「支援者自身」にある事を理解する事が大切です。

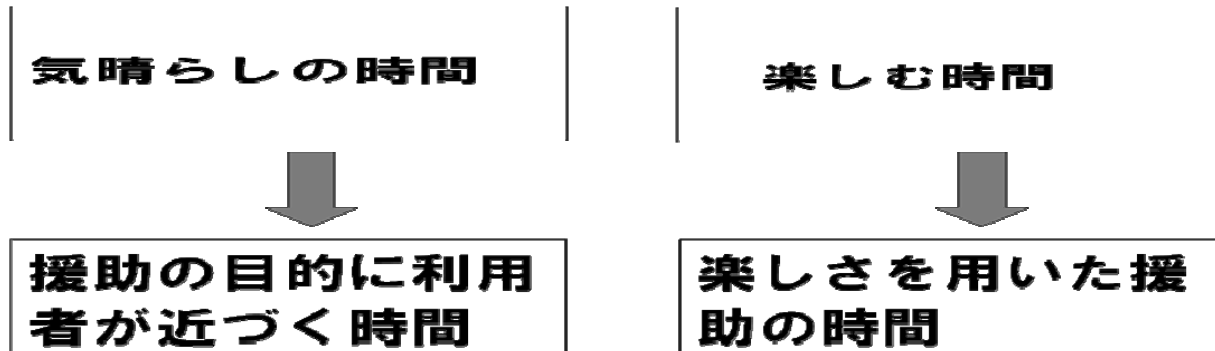
４　目的志向型集団レクリエーションワーク

（１）ＣＳＳプロセスによるレクリエーション支援

【ＣＳＳプロセス】

集団であることや、レクリエーションの長所を引き出しながら、援助の目的に沿って、集団レクリエーションを手段として活用する方法です。

（2）ＣＳＳプロセスによるレクリエーション支援の目的

気晴らしの時間　　　　楽しむ時間

援助の目的に利用者が近づく時間　　　　楽しさを用いた援助の時間

【チェックポイント】生活相談員が心がけるべき事項

□レクリエーションを「ゲーム」としてとらえない事が大切です。

□明日なにをする？ではなく、最低１週間の連動を考える事が大切です。

□週間プログラム、月間プログラムを作成できたら、よりレクリエーション支援の質は向上します。

□レク提供に際し、職員の共通認識をはかる事が大切です。

□「本で見ただけ」やってもいない事を提供する事は避けます。

５レクリエーション支援の技術向上

（1）レクリエーション支援者の技術向上

①トリプルＬ　　　Ｌｏｏｋ（見る）　Ｌｅａｌｉｚｅ（理解する）　Ｌｅａｄ（導く）

②ＭＥＴウォーク　　Ｍｏｖｅ（移動）　Ｅｎｔｅｒ（入る）　Ｔｕｒｅ（回る）

③ＭＣトレーニング　　ゆっくり→大きな声で→理解しやすい言葉と→モデル提示で→説明する

「一方的な伝達」になっていないか？「理解頂ける」説明ができているか？

「イメージトレーニング」「説明の練習」「説明内容を文章にして書く」等

④ＯＤＤプロセス　　Ｏｒｉｇｉｎａｌｉｔｙ・Ｄｅｖｉｃｅ・Ｄｅｖｅｌｏｐｉｎｇ

（創意）　（工夫）　（発展）

料理に例えると、手間をかけ時間をかけたものは美味しいものです。

レク財も一緒です。既存のレク財をアレンジする事も重要です。

（2）適切なレクリエーション支援による効果の認識

三好春樹先生は（生活とリハビリ研究所）は、共著「遊びりテーション学」（1999 年９月 15 日発行　雲母書房）で、風船バレーでの期待される訓練効果は「上肢と躯幹のＲＯＭ改善・バランス筋力の改善・上肢筋力の増強・耐久性の向上姿勢を良くし胸部を拡張する・体のねじれを作り出す・空間認知の改善」と解説され、合わせて介護上のポイントとしては「なかなか風船に触れない人がいます。隣にいるスタッフやボランティアさんがそういう人にボールを渡そうと思って、隣横からホイッと出すことがありま

すが、実は横から出されるのがいちばん難しいんです。すぐに打たなくてはいけなくて、うまくいきません。正面から滞空時間の長い打球を上げてください。特にマヒ側からはやらないということを介護上のポイントにしてもらえるといいと思います。」と解説されております。

　また、坂本宗久先生は（生活介護研究所）は、共著「遊びりテーション大辞典」(2003 年 7 月 31 日発行　関西介護出版）で、「子供のあそびは「指導・教育・一方向性」、大人の遊びは「一緒に、共有」である。」「体がしなやかになると変わることは、食事の姿勢が変わること、卓上の生活行為が増える・車椅子のこぎ方が変わる・寝返りが上手になる」「自分の体がしなやかになることは、自分の体を上手に使えることに繋がっているように思う。手足の硬直や拘縮もあるが、体全体が硬くなっているのは、介護現場での働きかけ少ない一つの結果ではないかと思う。自然に無理なく何回か動かすのは手足だけではなく、体幹のねじりを作ることではないか。この作業が一つ一つの生活行為のなかに上手く反映していく。」と解説されています。

【チェックポイント】生活相談員が心がけるべき事項

□審判的態度にならないこと。
□「やらす側」と「やらされる側」にならない事が大切です。
□「失敗した」事を広くアナウンスしない事が大切です。
□「一緒にレクに参加」できる時間を確保する事が大切です。
□職員がご利用者様に「評価」される環境を確保する事が大切です。

参考文献

●レクリエーション支援における行動変容
（１）行動変容項目：福祉士養成講座編集委員会
　　　レクリエーション活動援助法
　　　中央法規出版２００５年２月　Ｐ４３より引用
●行動変容の誘発が期待されるレクリエーション要素
（１）誘発要因：南部広司
　　　ホスピタリティを意識したレク支援者のためのスキルアップ研修
　　　ケアレクリエーション倶楽部　２００９年６月　研修資料より引用
●目的志向型集団レクリエーションワーク
（１）CSS プロセスによるレクリエーション支援：日本レクリエーション協会
　　　高齢者のための目的志向型集団レクリエーション・ワーク　Ｐ１０より引用
（２）CSS プロセスによるレクリエーション支援の目的：日本レクリエーション協会
　　　高齢者のための目的志向型集団レクリエーション・ワーク　Ｐ２より引用

第３章　地域援助の技術

Ⅰ　地域社会との交流

2005（平成 17）年介護保険法改正において、「地域包括ケア」という考えが強調されました。

これは、「高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続できるようにする」ことを目指すものです。

対人援助の方法の１つであるケアマネジメントでは、「高齢であろうと疾患や障がい、認知症の症状を有する人であろうと、そうした人たちが地域社会で生活し続けていけるよう支援すること」を目的にしています。つまり、多くの人たちができるかぎり長く住み慣れた地域社会のなかで生活を続けていけるよう支援する方法です。

その目的に向けて、以下では地域社会とは何かを理解し、そこで暮らす高齢者がどう交流していくのかについて考えます

１　地域とは

地域は、隣人たちとの社会的な関係の中で、それぞれの住民が自分らしい生き方を実現していく場であり、高齢であろうと疾患や障がい、認知症の症状を有する人であっても、住み慣れた地域で自分らしい生き方を全うできることが、その人の尊厳を支えることになります。

地域の定義について、『新版　地域福祉事典』（中央法規）では、下記の 3 点とされています。

①　地形、治世に左右される自然発生的な、日常生活においてつながりをもち往き来する生活空間・生活圏

②　政治・行政機構としての市町村・都道府県

③　地縁集団や機能的知縁集団として同一性の感情を共有する集団、帰属意識の持てる集団としてのコミュニティ

つまり、私たちが地域を定義するときには、地理的条件、利害関係が一致する圏域、心理的アイティンティティを持てる集団等、重層的にとらえているのです。そして、その範囲を、向こう三軒両隣、町内会、地区社会福祉協議会（連合町内会）、学校区、市区町村と、さまざまなとらえ方ができるのも地域の特徴です。

いずれにしても、地域は、歴史や慣習、文化、人口の規模や世代別割合、地形や気候、社会資源や行政サービス、住民の意識等に大きな違いがあることから、援助の対象者が住む地域の特性を理解することが必要です。

どのような地域で生活を送っていたのかを理解することは、その人らしい生き方を理解するためのヒントになります。

２　地域を理解するための視点

（１）地域生活でのつながり

地域社会での生活は、個人、団体や各種サービス等とのさまざまな関係の中で成り立っています。『これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告（2008（平成20）年3月)』では、住民からみた地域社会のつながりについて次の3点に整理されています。

①近隣の関係

地域での生活で最も身近な関係は、「向こう三軒両隣」と言われる近隣の関係です。挨拶を交わす、それとなく見守りやちょっとした手助けをする、話し相手になる等が日常生活の中で行われていることが多くあります。

こうした活動は、自らボランティア活動や福祉活動をしているという意識ではなく、日常の活動の中で自らの意思で行われていることがほとんどです。交流の幅は、情緒的な関係性によって左右されます。また、この関係は、世代別割合やその土地に住んでいる年数など、地域によって大きな差があるのも特徴です。

その地域での居住年数、家族構成、情緒的関わりによって、近隣との関わりは変化することをふまえて、近隣との関係を理解することが重要です。

②地縁団体と機能的団体との関係

自治会・町内会等の地縁に基づいた団体は、その加入率が低下しているものの、一定の区域内を網羅した活動を担っています。役員の担い手がいない、活動のマンネリ化等の課題があるものの、住民にとっては身近で安定した活動団体といえます。

一方、NPOやボランティア等、ある特定の目的をもって組織化された機能的団体は積極的に活動する団体が近年増えています。ある目的に賛同する自発的な団体のため、開拓的・即応的な活動を展開しやすいことが特徴です。

新たに地域でつながりを構築していくには、両者のメリットを理解したうえで相互に助け合うという立場で活動に参加していくことが望ましいといえます。また、地縁団体と機能的団体の両者が十分に連携していない地域が多いことが指摘されていますが、情報や企画を共有する等によって協働していくことで、両者の活動がお互い強化されていくということを意識して参加してくことも必要といえるでしょう。

③行政や事業者、専門家との関係

日常生活では、地域で生活している人にしかわからない生活課題、身近でなければ対応できない問題等について、住民は近隣や地縁・機能的団体等との関係の中で対応しています。しかし、専門的な対応が必要な場合は、これらの関係の中で対応するには限界があり、福祉サービス等の事業者や専門家の対応が必要になります。また、複合的な問題が生じたり、社会的排除の対象となりやすい少数者や低所得等の経済に関する問題は、行政の積極的な関与が求められます。

地域社会で安心して生活を続けるためには、地域における行政サービス、各種事業者や専門家の特徴等を把握し、アクセス方法等を共有しておくことが必要です。同時に、地域のこのようなサービス等に対する理解度や意識、偏見等も把握しておくことは、今後、各方面に協働を働きかけるうえで参考にな

るでしょう。

（２）社会資源

地域の社会資源を知ることで、その活用により QOL の維持・向上が期待できます。また、地域の社会資源を活用することは、地域社会との交流にもつながっていきます。

以下では、社会資源をさまざまな角度からみることで、その理解を深めていきます。

ｉ）フォーマル・インフォーマルな資源と内的資源

『五訂　介護支援専門員実務研修テキスト』（長寿社会開発センター）では、社会資源を次の３つに分けて整理しています。

① フォーマルな資源
　一定の手続きと受給要件を満たしていれば誰でも利用できる、社会的に用意されたサービス
② インフォーマルな資源
　利用者との間の私的な人間関係を通して援助関係が結ばれ、援助が提供されるもの
③ 内的資源
　利用者のもっている潜在的な力で、知識や技術、能力、自信、自負心等々、個人のストレングスと称されるものと同じようなもの

ⅱ）社会資源の種類

ニーズを満たすために利用、動員される、施設や設備、資金や物品、諸制度、技能・知識、人、組織や集団等、地域に存在するものはすべて社会資源と考えると、次にあげられる種類の資源を社会資源として活用することができます。

① 法律・制度
② 共同体としての地域資源（自治体・町内会等）
③ 個人・集団等の人的資源
④ 組織の機構的資源
⑤ 施設・設備等の物的資源
⑥ 財源・資金等の財的資源

これらの資源は、保健・医療・福祉分野に限定せずに考えると、日常生活圏域の中に数多く存在していることに気づくことでしょう。

（３）形のある資源と形のない資源

社会資源には「形のある資源」と「形のない資源」という見方を佐藤光正（※）は提示しています。できないことや必要なことに対して物や資金、または手段的な資源としての働きかけを「形のある資源」とするなら、資源の利用者に対してその気持ちを理解しようとする言動や関わり方が「形のない資源」ということになります。

「形のない資源」を明示することは難しいですが、これは、資源を利用する人を支え、強さを引き出すうえで大切な資源といえるでしょう。

※「平成 19 年度障害者相談支援従事者指導者研修における講義より」

（４）日常生活に必要な資源

日常生活を維持していくためには、近隣に下記のような施設や交通機関等があることが理想とされます。

＜日常生活＞

・食料品や日用雑貨の店舗、コンビニエンスストア
・食堂や喫茶店、出前の店
・惣菜や弁当屋
・銀行や郵便局
・病院や往診医
・修繕サービス

＜交通機関＞

・バス停や駅
・タクシーの乗車しやすい場所

＜その他＞

・自治体の窓口
・公園や散歩のできる道
・公衆トイレ
・図書館や文化会館、体育館等
・集会施設
・高齢者向けの施設や相談窓口

地域を知り入居者に適切な情報提供をするためには、これらの資源について、その利便性や高齢者向けの配慮があるか等の情報収集を日頃から心がけ、整理しておくとよいでしょう。

３　地域社会との交流と社会参加

（１）高齢期の現状

札幌市内に在住する 65 歳以上を対象とした意識調査（平成 22 年）では、高齢者の地域の活動や交流について、いくつか興味深いものがあります。

＜外出目的＞（複数回答）
「買い物」(63.2%) が最も高く、次いで「通院」(39.5%)、「趣味活動」(27.7%) となっている。

日常生活や健康を維持・継続していくという目的のために外出するという現状が明らかになっています。

サービス付き高齢者向け住宅等に入居後、食事提供や買い物代行等サービスによって外出目的がなくなるということが考えられるので、その支援内容については十分な検討が必要となるでしょう。また、

閉じこもり予防の視点から、買い物や通院以外の外出のきっかけづくりなどに対する配慮も求められます。

＜ 現在、取り組んでいる活動＞（複数回答）
　「ウォーキングや体操などの運動」（26.0%）が最も高く、次いで「特にない」（25.5%）、「パークゴルフやテニス、ダンスなどのスポーツ活動」（17.7%）となっている。
＜現在取り組んでいる活動を始めたきっかけ＞（複数回答）
　「心身の健康のため」（60.2%）が最も高く、次いで「自分自身の生きがいのため」（47.8%）、「いろいろな人と交流できるため」（38.8%）となっている。

ここでも、健康を維持したいという高齢期の願いが反映されている結果となっています。しかしながら、健康を維持しながら、生きがいや人との交流という副次的な期待をしていることもうかがえます。同時に、取り組んでいる活動が「特にない」と答えている人が少なくないことにも着目する必要があるでしょう。

外出目的や活動を始めたきっかけによる調査から、サービス付き高齢者向け住宅等の入居者へは、地域のサロン、町内会、老人クラブや各種サークル等、活動に関する情報を提供することが望ましいといえます。

＜近所付き合い＞
　「立ち話をするような付き合い」（34.1%）が最も高く、次いで「あいさつをするような付き合い」（33.6%）、「困った時に相談したり助け合えるような付き合い」（11.1%）、「お互いの家を行き来するような付き合い」（10.0%）となっている。

日常生活において、多くの人が近隣と何らかの交流があることがこの結果からわかります。

サービス付き高齢者向け住宅等に入居した高齢者に対して、入居者同士でこのようなつきあいが可能な環境づくりを行うと同時に、今まで付き合いのあった関係が途絶えてしまうことが入居者にとってどういう影響を及ぼすかを理解し、適切な支援を考えていくことが重要となるでしょう。

（２）地域社会との交流・社会参加のアセスメント

岩見太市（NPO 法人シーズネット代表）は、核家族化が進む中、地域で高齢期を豊かに暮らしていくための視点として、次の 3 点について問いかけています。

① 人間関係「会いたい人がいますか？」
② 居場所「行きたい場所がありますか？」
③ 役割・存在感「やりたいことがありますか？」

以下には、それぞれの視点とその具体例をあげていますので、入居者の地域社会との交流についてアセスメントする際の参考にしてみましょう。

●人間関係「会いたい人がいますか？」

人はみな、人と人とのつながりの中で生きています。子育てが終わり、仕事を退職した高齢期、地域の中でお互いの存在を意識しあい、話し相手となったりお互いの弱みを見せあえるようになると、お互い支え合える関係がつくられていきます。

（例）

・見守り合い（目配り、気配り、心配り）
・挨拶、話し相手
・趣味仲間
・暮らしの中のちょっとした助け合い
・お互いの家を行き来する
・プライベートな相談、互いの弱みを見せあう
・共同生活

●居場所「行きたい場所がありますか？」

三世代同居が多くの割合を占める時代は、孫の世話、家事の手助け等、家庭の中にそれなりの居場所と役割がありました。独居や高齢世帯は家庭の中に今までのような居場所がありませんので、地域の中で自分らしく過ごせる居場所をどう見つけていくかが、豊かに生活するためのポイントとなります。

（例）

・サロン等の集い、交わる場所
・趣味、勉強などの場
・地域食堂（コミュニティレストラン・カフェ）
・公民館、町内会館などの集いの場
・空き店舗、事務所などの活用
・地域活動の拠点

●役割・存在感「やりたいことがありますか？」

人は誰かの役に立ちたいと願い、存在を認められたいと思うものです。今までの職歴等を活かした社会活動、趣味活動を地域に還元する等で、仕事でも子育てでもない役割が地域の中にあることで、生きがいをもちながら地域の人とつながっていくことができます。

（例）

・民生委員、町内会、老人クラブ等の小地域活動
・各種ボランティアやNPO活動
・家事支援等の助け合い活動
・市民後見人

（3）入居者が地域社会の一員として暮らしていくために

上記の意識調査で、ひとり暮らしの不安が強くなったり、身体が弱くなったりしたときの暮らし方をたずねたところ、51.8%が「現在の住み慣れた場所で生活を続けたい（自宅の場合、増改築を含む）」と答えています。

「住み慣れた場所」には、長年住んでいる自分の家、行きつけの場所、なじみの関係、気候や自然、交通手段等の利便性等、さまざまな要素が含まれています。これらをふまえて、入居後、今までの生活を、「維持」していくのか、何らかの要因で維持できなくなった要素を「回復」していくのか、または新たな居住環境の中で「構築」していくのか、入居者の望んでいくことを理解していくことが大切です。

地域生活の「維持」、「回復」、「構築」、いずれの視点で支援を考えても、住宅内で支援が完結するものではなく、入居者が住んでいた地域、そして現在入居している住宅がある地域という視野で生活をとらえていかなければなりません。

入居者が地域社会の一員として暮らしていくためには、サービス付き高齢者向け住宅等の従事者が地域を知り、従事者自らその一員として積極的に交流の機会をつくっていくことが望まれます。

Ⅱ　ボランティアの活用・育成

近年のボランティア活動は、1998（平成10年）に成立した特定非営利活動促進法により、活動を行う主体に法人格を取得する途が開かれました。また、1995（平成 7）年の阪神・淡路大震災、2011（平成23）年の東日本大震災をきっかけとしてあらためてボランティアの重要性が再認識され、ボランティア活動は広く定着してきています。国民の意識が心の豊さを求めるようになる中で、自己実現や社会貢献の場としてボランティア活動に取り組むとともに、企業などの社会貢献活動としても関心が高まっています。

ボランティア活動は、福祉活動の担い手を確保し利用することによって、QOLの維持・向上が期待できます。さらには、活動の担い手の自己実現意欲を満たし地域社会での支え合いを実現するものであることから、サービス付き高齢者向け住宅等においてもボランティアの意義を再認識し、活動の場としていくことが望まれます。

以下では、サービス付き高齢者向け住宅等におけるボランティアの活用と育成について考えます。

1　ボランティアの活用

（1）入居者への配慮

ボランティアを活用するには、当然のことながら入居者のニーズをしっかり把握する必要があります。入居後、豊かな暮らしを送るために何を必要としているのかをしっかりと見極め、入居者とともにそれを確認していくことが重要です。ニーズや必要としていることは個別であることから、ボランティアも一元的な活用とするのではなく個々の入居者に対応して活用するという視点が求められます。

ボランティア活動が必ずしも、入居者のニーズに対応しているとは限らず、ボランティアがそれを十分に把握していないことも考えられます。ボランティアの活用にあたっては、入居者自身の活用に対する意向や希望、プライバシーの保護等に対する十分な配慮に留意しなければなりません。

（２）ボランティア活動の現状

ボランティアを調整するにあたって、入居者への配慮は当然のことですが、地域のボランティア活動の現状を把握し、ボランティアが取り組みやすい活動の中から、活用を調整していくことも考慮すべき点です。

全国ボランティア活動実態調査（2002（平成14）年）によると、ボランティアの具体的な活動は、「交流・遊び」「話し相手」が多く、次いで、グループでは「配食・会食サービス」「趣味・レクリエーション活動への支援・指導」、個人では「身辺や外出等への直接ケア」「団体・グループの運営、イベントや事業等の企画」となっています。また、活動範囲として見た場合、近隣では見守りや声かけ等の活動、自治会・町内会の範囲ではサロンや集いの活動、さらに圏域が広がると専門的な要素が含まれた支援となっている場合が多くみられます。

ボランティアの活動希望者は、社会福祉協議会のボランティアセンター、NPOや福祉活動団体等に登録しています。また、自治会・町内会単位や企業等、団体やグループとしてその活動を担う場合もあります。しかし、地域には仕事や子育てが終わった世代等で、「ボランティア活動に興味がある」「社会貢献したい」と考えながらも「どこに行ってよいのかわからない」人たちも多くいることを、ボランティアを活用する場合には押さえておくことが必要でしょう。

（３）新たに求められるボランティア

岩見太市は、高齢化や核家族化が進む中、今後求められるボランティアについて、次の３つを提唱しています。

①　傾聴ボランティア

人間関係の基本は、相手の話に耳を傾け、相手の心に寄り添う傾聴の姿勢です。うつの時代といわれる今日、傾聴により心の苦しみを受け止める人がいることは、心の安定につながると思われます。

②　看取りボランティア

これからは、病院ではない場所で人生を終える人が増えることが予想されます。終末期に、医療や看護、介護だけではなく、その人の最期に寄り添う人の存在は欠かせないでしょう。傾聴ボランティアの延長上に看取りボランティアがあるという考え方です。

③　生活支援ボランティア

お互い困ったときにはお互いの家を行き来し、生活を支え合える関係がベースとなります。代弁者として、権利を守るための市民後見人や有償の財産管理等もできるとよいでしょう。

（４）活用にあたっての留意事項

まずは、入居者のニーズとボランティア活動が一致しているかを見極めることが大前提となります。一致していない場合は、活動のすり合わせを行ったり、新たな活動の提案等を行うことも考えられます。

また、活動の開始に向けて、約束事やプライバシーへの配慮、活動期間等は必ず確認します。活動が開始してからは、入居者の満足度やQOLの変化等を把握していくと同時に、ボランティアの活動に対する不安や迷いなどがあればその都度解消に努める等、意欲を維持できるよう配慮し、必要に応じた調整をその都度行っていきます。

２　ボランティアの育成

ボランティアは待っているだけでは、その積極的活用は期待できません。サービス付き高齢者向け住宅等でボランティアを積極的に活用したいと考えるなら、地域で人材を発掘し、育成するという考え方の変換が必要です。

ただし、サービス付き高齢者向け住宅等が単独でボランティアを育成するには、限界があります。社会福祉協議会等のボランティアが登録している団体や組織等、さらには団体としてボランティア活動を行っている企業や自治会・町内会等と連携、協働することが望ましいといえます。情報の共有、活動の場の提案や提供、専門職の地域貢献が、ボランティアの持つ力を発揮することにつながっていきます。そういった意味では、日頃の日常的な連携がボランティア育成に大きく影響するということを意識しておく必要があります。

また、ボランティアを活用する入居者が「ボランティアを育てる」という役割意識を持つことや、入居者自身がボランティアとして活躍する場を模索するという発想の転換は、入居者の QOL の向上に寄与することでしょう。

Ⅲ　地域のネットワークづくり

高齢者が地域で安心して安全に暮らしていくために、ネットワークの中で見守っていくことが効果的です。一人の高齢者の支援に関するネットワークが、他の高齢者、疾病や障がい、認知症の症状を有する人への支援に動員されることもあり、ネットワークをつくりそれを活用することは地域の支援の力を強化することにつながります。

新たにネットワークをつくりあげようとしなくても、地域にはすでにたくさんのネットワークが存在します。地域資源のネットワークを知り、入居者がその中に参加したり、サービス付き高齢者向け住宅等もその一員となってネットワークが機能していくよう役割を担っていきましょう。

以下では、ネットワークとなり得る連携先について理解します。

１　入居者参加による連携

（１）自治会・町内会

地域の基本的な組織として、行政の支援もありますが、強制加入ではありません。

交通、防犯、ゴミ、公害などの環境に関する地域課題への取組み、交流活動、助け合い・支え合い・見守り活動にも取り組んでいます。最近は、世代間交流等に積極的に取り組んでいるところも増えているようです。

組織の中から役員を選出し運営するため、役員のなり手がいないとか、若年層を中心に加入率の低下などが運営の課題となっています。

（２）老人クラブ

おおむね 60 歳以上の人は誰でも自由に加入できます。一定の会員や活動の条件が満たされていれば行政から運営費の助成を受けることができます。仲間づくり、各種行事、旅行や趣味活動などが一般的ですが、健康づくりや生涯学習、地域貢献活動などに取り組んでいるクラブもあります。

新規加入者の減少や会員の高齢化が課題となっていますが、地域に仲間をつくるうえでは最も身近な活動の場といえます。

（３）行政等が実施する事業、教室等

行政や地域包括支援センター等では、各種の高齢者向けの教室や介護予防事業等を実施しています。これらに積極的に参加することは、有益な情報を得たり仲間をつくることができるほかに、専門職と顔見知りになることで何かあったときに相談しやすいというメリットもあります。

自治体でどのような事業が実施されているか常に新しい情報を把握し、入居者に伝えることが有効です。

（４）その他

公民館や地区会館等で実施されている趣味活動、NPO 法人や会員制組織による活動等、意識して地域を見渡すとさまざまな活動が展開されていることを知ることができます。

高齢者や福祉の枠にとらわれず、地域の情報を把握する視点をもちましょう。

２　サービス付き高齢者向け住宅等との連携

（１）民生委員

民生委員は、市区町村の推薦により厚生労働大臣に委嘱され担当地域で活動しています。その活動内容は、担当地域に居住する生活保護、高齢者、子育て、障がい者等に関する調査、相談、指導、助言、関係行政機関等への協力活動等で、その分野と範囲は多岐にわたります。

どちらかが一方的に依頼する関係ではなく、相互に協力しあう関係づくりが求められます。

（２）自治会・町内会・老人クラブ

活動は前述したとおりです。サービス付き高齢者向け住宅等は、地域の一員として運営の担い手として参加することにより、専門機関として地域でその力を発揮することが可能となります。

物理的な環境が整っているなら、交流スペース等を開放、貸し出しなどを行うことでサービス付き高齢者向け住宅等が地域住民に身近な存在となります。

（３）NPO 法人やボランティア団体等

ボランティアを受け入れるには、ボランティア活動の場としてサービス付き高齢者向け住宅等の存在を知ってもらわなければなりません。また、連携することにより、ボランティア活動を希望する入居者にとって、その能力を発揮し活動する場ができる可能性もあります。

（４）行政や専門機関・事業所等

高齢者の安全を守るために、交番や警察、消防署、郵便局、消費者センター等との連携は必須です。予防と早期発見の視点で、日頃から協力・連携関係をつくっていくことが重要です。また、いつでも相談、対応できる医療機関があることは、入居者の安心感につながります。

行政や地域包括支援センター等の相談窓口とは日頃から情報共有に心がけ、福祉サービス等の事業所

に関しては、それぞれの事業所の特色や得意分野を把握し、連絡を取り合える関係をつくっておくとよいでしょう。

（５）その他

地域には、日常生活を営むうえで関わりを多く持つ資源がたくさんあります。

スーパーや商店、コンビニエンスストア、新聞配達や宅配業者、銀行、タクシー業者等、入居者に関わりのある機関や人へは、積極的に挨拶をする等、顔見知りの関係づくりに日頃から心がけていきましょう。

３　入居者自身の持つネットワーク

入居者は、長年の地域での生活の中で自分自身のネットワークを持っています。

サービス付き高齢者向け住宅等に入居したことでそのネットワークがどう変化したかを理解し、入居者自身が希望するならば、そのネットワークを再構築したり活用していくという視点を忘れてはなりません。

ネットワークは入居者のためのものであって、入居者のために活用されるものであることはいうまでもありません。

【チェックポイント】

□自治会・町内会に加入している
□老人クラブや町内行事など、地域の集まりや集いに参加している
□地域の社会資源を把握しており、一覧などができる
□入居者が地域の社会資源と交流する仕組みがある
□住宅の機能を地域に開放している
□ボランティアの受入体制がある

※参考・引用文献

・介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集『五訂介護支援専門員実務研修テキスト』長寿社会開発センター、2012 年
・これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告『地域における「新たな支え合い」を求めて―住民と行政の協働による新しい福祉―』全国社会福祉協議会、2008 年
・日本地域福祉学会編集／大橋謙策編集代表『新版地域福祉事典』中央法規、2006 年
・岩見太市著『地域家族の時代 孤立しないシニアライフのための発想転換』CLC、2012 年

第４章　住まいの環境

Ⅰ　安全な住居環境と福祉用具の活用

住まいは人が生活する基盤となるところです。また、自然災害などから命を守る「シェルター」としての役割があります。高齢になると、就労、通勤といった拘束時間がなくなり一日の大半を自宅で過ごすことになりますので、その環境は大切なものです。自分らしい生活を維持するためにはプライバシーを保てる空間が必要です。好きなときに起きて、好きなときに食事をし、趣味の時間を持ち、誰にも遠慮せずに排泄、入浴ができることで、生活の質が保たれます。人が安心して心地よいと感じ、生活する意欲につながるような環境整備が求められます。

１　居住環境の基本性能

1）快適性

（1）温度、湿度

北海道の住まいは、冬をいかに快適に過ごせるかを最優先に作られてきました。寒さの解消が基本であり、部屋ごとの温度差を少なくするように断熱気密性能を重視して建てられています。省エネルギー対策や夏の日射による温度上昇にも効果あります。季節に合った温度と湿度のバランス管理が必要です。

（2）換気、通風

きれいな空気は快適で健康をまもる条件のひとつです。気密性能が向上することで、室内の臭いがこもりやすくなります。計画的な換気で新鮮な空気環境を維持することは、結露防止にもなります。特に暖房のない部屋や押入などの収納は結露が発生しやすいところです。荷物を詰め込みすぎないようにしましょう。古い建物で断熱性能が低下しているところは、室内側に断熱パネルを張ったり、すのこなどで通風をとる工夫が必要です。

（3）日照、採光、照明

太陽の日差しは室内を明るくし、暖かくしますので快適な環境には重要な要素です。窓は熱の損失が大きい部分ですが、明るい室内は気持ちも上向きになります。また冬の太陽は暖房の省エネ効果も大きいです。カーテンや断熱スクリーンで寒さに対応します。

高齢者は眩しさを感じやすくなりますので、光源が直接目に入らないような照明器具を選定します。読書など、作業する場合は通常より 2～3 倍くらいの明るさを確保します。また、明るいところから暗がりへ移動する場合、目が慣れるのに時間がかかります（暗応)。夜間のトイレなど、足元が暗いと転倒の危険があります。段差のあるところや廊下などはセンサー付きの足元灯の利用などで暗がりをなくします。ランプはメンテナンスを考慮して長寿命のものを使い、照明器具も球交換が容易なデザインを選定します。

（4）色、音

高齢になると微妙な色の区別が付きづらくなります。また光を反射するような素材も好ましくありません。手すり等は壁面より目立つような色にします。床材は段差と見間違うような張り分けや模様（柄）は避けます。

隣室の音など、プライバシーを侵害するような音はストレスとなります。部屋の境界壁や床材は遮音性能のある建材を使います。居住者同士の生活ルールも必要です。

2）安全性

家庭内で起こる不慮の事故死は高齢者に多く、特に転落・転倒、不慮の溺死及び溺水で４～６割というデータがあります。【平成 21 年厚生労働省「人口動態統計」より】

事故のリスクを回避するために安全な環境整備が求められます。

（1）バリア

従来からの日本家屋は、高齢になると住みづらいところが沢山あります。階段、玄関の上がり框、部屋の出入口の敷居、狭いトイレや暗い廊下など、転落、転倒事故が発生するおそれのあるところの安全対策が必要となります。段差の解消や手すりの取り付け、照明器具等で危険な箇所をなくします。

（2）設備機器

暖房設備、調理器具（コンロ、IH ヒーター）、給湯設備など、取り扱いが多様にありますが、高齢になると取扱説明書を理解するのは難しいと思われます。居住室に備えるのはもちろん、管理室にも備えて操作方法を熟知することが大事です。また火災予防として、住宅用火災警報器、消火器、スプリンクラー設備等の消防設備の備えが必要です。

（3）防犯、防災

外部からの侵入を防止する対策として、施錠、防犯ガラスやシート、防犯カメラ、防犯灯の設置等があります。出入口は見通しを良くし、人の目が届くほうが安全です。
設備だけでなく、地域とのつながりも大切です。

防災は消防法で義務づけられた設備に頼らず、日頃から非常時の対応について、スタッフの連携と入居者も参加する避難訓練、指定避難所までの行程の把握など、防災マニュアル作成が必要です。想定外に起こるのが災害です。

3）健康性

（1）衛生

身体・衣服を清潔に保つことと同様に、室内を清潔に保つことも健康に影響します。
水回りの臭い、湿気や生活臭の除去できれいな空気を保ちます。ゴミの分別や保管、室内の整理整頓をすることも大事です。

２　各部屋別の環境について

１）寝室

一日の３分の１は睡眠時間です。寝室は安心してゆっくり就寝できるプライベートな
空間です。高齢者の場合はベッドの寸法（巾 100 ｾﾝﾁ×長さ 210 ｾﾝﾁ程度）を基本に、介護や車いす等のスペースを確保します。照明は夜間の読書に必要な明るさが必要です。スイッチは室内の出入口と枕元で操作できるようにします。リモコン付きの照明が便利です。足元灯、保安灯があると、夜間のトイレ移動や停電時に安心です。

２）居間

ワンルームの場合はベッドスペースの位置を出入口から直接見えないような配慮が必要です。アコーデオンドアなどの簡易間仕切りなどで区切ることができると日中過ごす場との区別化が図られ、来客があったときにも便利です。

●居間と寝室をアコードオンカーテンで仕切る

自炊用のミニキッチンが設置されている場合は、水栓金物は操作が簡単なものを選択します。コンロは電気が主流になりますが、火が見えないことでやけどをする場合がありますので取扱に留意します。使える鍋の材質が限定されますので、事前に説明することで事故や怪我の防止になります。床材はシート系のもの、壁面は火元の回りに不燃性のパネルを張ると安全で手入れも楽です。

３）トイレ

高齢になると夜間のトイレ回数が増え、また移動に時間がかかるようになります。寝室から近い位置でスムーズに移動できる動線にします。出入口は引き戸が望ましいですが開きの場合は外開きとします。施錠は操作が簡単で形状は大きいもので、緊急時に外側から開錠できるものを選択します。

共用トイレの場合は、車いすの介助スペースを確保できるトイレを最低でも１箇所設置します。手すりは左右両側に設置するか、両パターンのトイレがあると片麻痺の方にも使いやすいです。洗浄リモコン、非常呼び出しボタンやペーパーホルダーとの位置も考慮して取り付けます。

【参考】洗浄ボタン：パブリックトイレの配置ルール（操作系 JIS）

紙巻器（ペーパーホルダー）の上に便器洗浄ボタン（洗浄便座リモコン）その奥に呼び出しボタン

汚物流しがない場合は、便器にしびん洗浄水栓をつけると、ポータブルトイレのバケツや尿瓶の洗

浄に使えます。

タンクと併用の手洗いは、立ち上がってから振り向く動作があるため、転倒のリスクが増えます。洗面台を隣接させるか、トイレ前方か側面に手洗い器があると楽に手が洗えます。排泄時に手を汚した場合にも助かります。

●尿瓶洗浄水栓　　　　　　　　　　●トイレ内の手洗い器

4）洗面・脱衣室・浴室（共用）

特に浴室は転倒や体調の変化が起きやすいところです。床は水に強く滑りづらいものにして、濡れたらすぐ掃除ができるような配慮が必要です。スペースは広すぎると移動時に不安を感じますので、着替えと介助のスペースを考慮し、壁面には手すりを設置します。休憩、着替えをするときに座れる椅子も設置します。浴室、トイレと隣接したレイアウトにすると利用者、介助者とも使い勝手がよくなります。冬季の室内温度差は血圧や心臓に負担がかかりますし、入浴が億劫になりがちです。着替えをするところですから温度管理が大事です。

●寝室、トイレ、洗面脱衣、浴室がつながっている

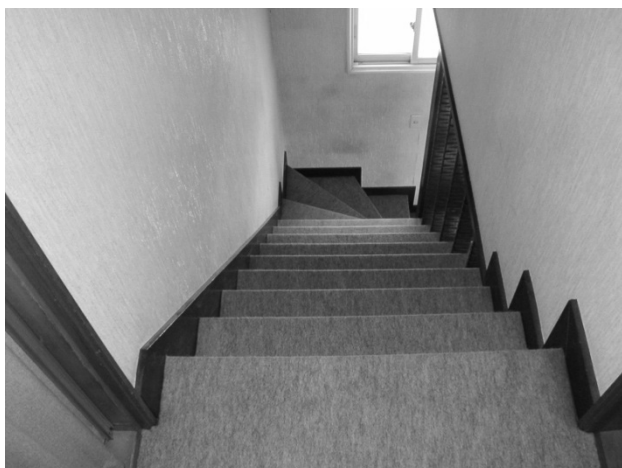
5）共用スペース：リビング（居間）＆ダイニング（食堂）

入居者同士が顔を合わせ、交流するところです。毎日の食事、自由にくつろぐなど、居心地のいい空間が求められます。家具類は入居者の体格に合わせて調節できるようにするか、いくつかのパターンを用意します。　ゆったりくつろぐソファーは身体が沈みこまないようなデザインを選びます。外部とのつながりとなる空間にすることで季節を感じたり、地域住民との交流の場としての活用も期待できます。ちょっとした空間に入居者がくつろげる椅子を配置したり、なにげない目隠しなどレイアウトに工夫が必要です。入居者にとっては「住まい」となるところですから、普段家で飾らないようなものは置かないようにします。

3　住宅改修と福祉用具の活用

1）住宅改修

住宅改修でイメージするのは「段差をなくす」、「スペースを広げる」、「手すりをつける」が主なものですが、工事を伴うことだけではありません。室内の危険部位をチェクして整理整頓することでスペースを確保したり、家具の配置を変えるだけで解決できることもあります。改修内容の検討には医療職、セラピスト（理学療法士、作業療法士など）、ケアマネジャーなど本人に関わる専門職からの情報が不可欠です。次章で述べる介護保険法などの福祉サービスの活用で費用負担の軽減も図れます。

●転倒のおそれのある床

●手すりのない階段は見た目も怖い

●床の段差解消（13 ｾﾝﾁ）

●手すりの取付け

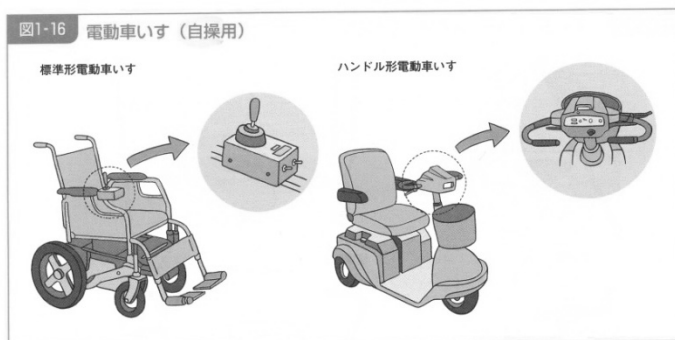
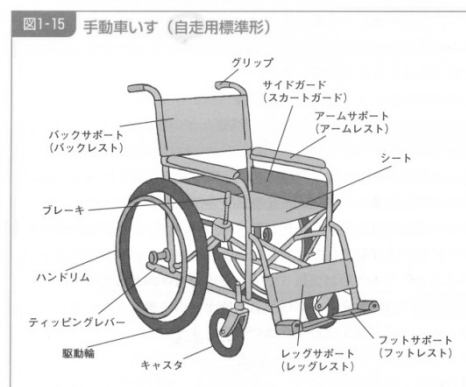
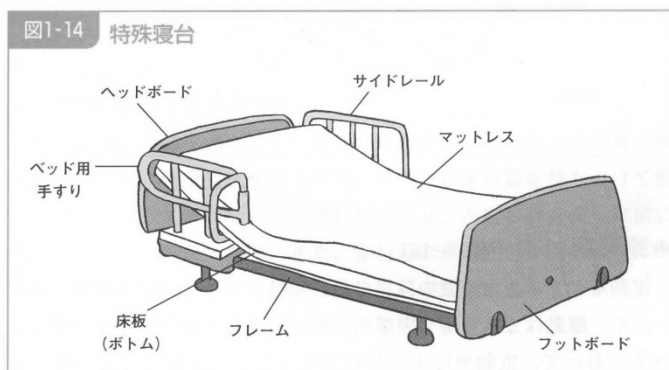
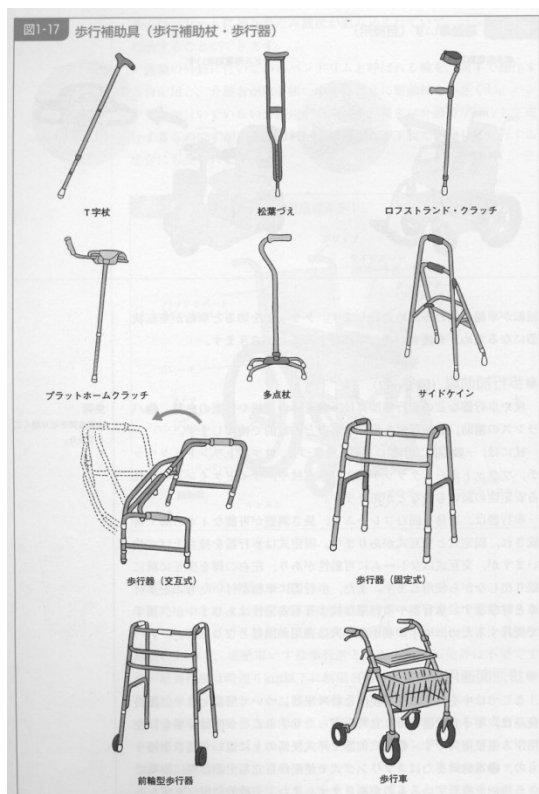
●下駄箱に取付けた手すり

2）福祉用具

福祉用具はベッドや車いすから食事用の食器まで多種多様です。

福祉機器、補装具、自助具、日常生活用具など用語も多く、混乱してしまいます。

福祉用具を使う目的としては、不自由な身体を補うもの、介護負担を軽減するもの、自立を助けるもの、生活のちょっと不便を解消するものなど、目的に添った用具があります。選定の際は、カタログだけでなく実物で確認することが大事です。

またショールームで見ただけでは使い勝手や大きさがわかりません。経験のある福祉用具プランナーや福祉用具専門相談員に実際に使用する場所で試用させてもらいます。

以上の福祉器具のイラストは「新・介護福祉士養成講座　６生活支援技術Ｉ　第１章第５節」より抜粋

4　福祉サービスの活用

介護保険や自治体の独自サービスなど、補助金や用具の支給など、活用できるサービスの情報は自立支援に役立ちますし、費用負担の軽減にもなります。担当窓口や専門職から事前に相談を受けて有効に活用します。

１）介護保険法

要支援１，２　要介護1～5の認定を受け在宅で生活されている方が利用できます。

(1)　住宅改修

対象：ひとり２０万円までで、１割負担となります。支払いは市町村によって償還払いと受領委任払いの方法があります。

支給対象となる内容：

・手すりの取付け
・段差の解消
・滑り防止等の床材変更
・引き戸などへの扉の取替え
・和式から洋式便器への取替え
・上記改修に付帯して必要となる工事など

【注意】工事内容が支給対象になるか事前申請が必要です。事前着工したものは支給対象となりません。また、自治体により対象となる内容の判断が異なる場合もありますので専門職（ケアマネジャー）との連携が大事です。

(2)　福祉用具購入

対象：ひとり毎年１０万円までで、１割負担となります。支払いは住宅改修の項目と　　同じです。

支給となる福祉用具【特定福祉用具】

・腰掛け便器：和式便器の上に置いて腰掛式便器とするもの
　補高便座、電動昇降便座、ポータブルトイレ
・入浴補助用具：入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽台、入浴台、すのこ、
　入浴用介助ベルト
・簡易浴槽：空気を入れたり、折りたたみ式の簡易な浴槽
・自動排泄処理装置の交換可能部品：尿や便の経路となるチューブなど
・移動用リフトの吊り具の部分：スリングシート

(3)　福祉用具貸与（レンタル）【１３種目】

対象：要介護（支援）度の支給限度基準額の範囲内で利用できます。軽介護度の方には対象とならない品目もありますし、ケアプランで他のサービスとの併用など
ケアマネジャーとの連携が必須です。

・車いす：自走用、介助用、電動
・車いすの付属品：クッション、
・特殊寝台：介護ベッド
・特殊寝台の付属品：マット、サイドレール、移乗用ボード
・床ずれ防止用具
・体位変換器
・認知症老人徘徊感知機器
・移動用リフト：床走行式など（住宅改修を伴うものは除外）
・手すり（据え置き、ネジ等で固定するもの。取付け工事が伴わないもの）
・スロープ（折りたたみ式など、取付け工事が伴わないもの）
・歩行器
・歩行補助杖：松葉杖、多点杖、ロフストランド・クラッチ
・自動排泄処理装置

２）障害者自立支援法

身体障害者手帳の交付を受けている障害者が利用できます。

(1)　補装具費の給付

対象：身体障害者手帳を取得し、自立の促進を図るのに必要と認められる方。

(2)　日常生活用具給付等事業

対象：身体障害者手帳を取得し、日常生活を自立した状態で円滑に過ごすための必要性が認められる方。

【注意】介護保険の被保険者で福祉用具等のサービスが重複する場合は、介護保険が優先となります。

３）各自治体の独自サービスなど

市町村で独自のサービスを提供していますので、併せて活用することで費用負担の軽減になります。事前に福祉の担当窓口で情報収集しましょう。

民間でも補助金を交付する事業があります。

（財）ノーマライゼーション住宅財団「福祉住宅建築助成事業」

http://www.normalize.or.jp/

【チェックポイント】

□共用スペースは整理整頓されているか
□避難経路に物を置いていないか
□床が濡れて滑りやすくなっていないか
□照明器具、特に誘導灯や非常照明のランプは切れていないか
□手すりにぐらつきや、ゆるみはないか
□建具（ドアや窓）の開閉、施開錠はスムーズか
□居住室内は清潔を保っているか
□暖房器具やコンロのそばに可燃物を置いていないか
□居住室の床に転倒のおそれがある物や電源コードが置いていないか

【ポイント】一戸建ての住宅も共同住宅も居住者にとってはかけがいのない「住まい」です。いつまでも元気でその人らしい暮らしを続けるために、ちょっとした生活の不安、不便をなくす工夫が住宅改修です。

【参考文献】

新・介護福祉士養成講座　6 生活支援技術Ⅰ　第 2 版　第 1 章～第 2 章　居住環境の整備　[編集]介護福祉士養成講座編集委員会　[発行]中央法規　2011 年

高齢者・障害者のための住宅改造マニュアル　第 3 章　　[編集]北海道保健福祉部地域福祉課　[発行]北海道　1998 年

地域リハビリテーションハンドブック 2010　第 2 章～第 4 章　[編集・発行]札幌市地域リハビリテーション推進協議会

なるほど実になる介護保険～平成 24 年度版～　【発行】札幌市

Ⅱ　火災・災害・事故対策

１　火災

（１）サービス付き高齢者向け住宅における火災

　サービス付き高齢者向け住宅においては、入居者が全て高齢者であることから、火災が発生した際は逃げ遅れなどによる大きな被害が出る恐れがあります。

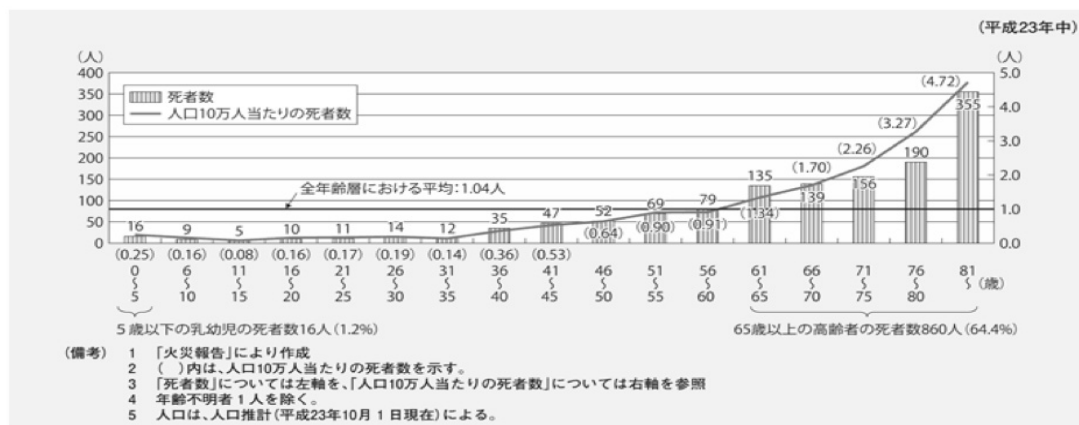
　サービス付き高齢者向け住宅はその事業特性上、共同住宅としての共有部分・サービス提供部分・入居者個々の生活部分（居室＝個室）とがあり、それぞれにおいて火災予防・発生時対応を検討する必要があります。共有部分・サービス提供部分については事業者側の管理部分であることもあり、その予防・発生時対応の検討は従来の介護保険施設等の指針等を応用すればある程度の達成を見込めるかと思いますが、入居者個々の生活部分（居室＝個室）は、入居者による内部での自由度（喫煙など）が高いこと、また事業所によっては各居室内に調理設備を設置していることから、その予防・発生時対応の検討には今までにないアプローチが必要になってきます。

　火災については「入居者個々居室については、入居者にその予防・管理をお願い（お任せ）します」といったことができないのは言うまでもありません。プライバシーに配慮しつつも、「一居室の火災はサービス付き高齢者向け住宅全体の火災であり、他の入居者にも被害を与える」ことを入居者一人ひとりに理解して頂き、事業所だけの一方的な取り組みではなく、入居者全員の理解と協力を得ることが非常に重要です。

（２）サービス付き高齢者向け住宅における取り組み

　消防庁の統計によると、平成 23 年の火災における死者数は 1,335 人（放火自殺者を除く）、そのうち 65 歳以上が 860 人（64.4％）を占めており、特に 81 歳以上が 355 人（26.6％）を占めています（表１）。火災による死者＝焼死とイメージしがちですが、死因で最も多いのは一酸化炭素中毒・窒息で 563 人（31.9％）であり、火傷の 544 人（30.8％）より多くなっています。また、逃げ遅れによる死者は 668 人（50％）、特に「火災知覚が遅れ、気づいた時は火煙が廻り、既に逃げ道がなかったものと思われる（全く気づかなかった場合を含む)」事例が 226 名（16.9％）と最も多いとのことです。

（表１）火災による年齢階層別死者発生状況（放火自殺者等は除く）

総務省消防庁：平成２４年度　消防白書

すなわち、火災を起こさないという「予防」に力を注ぐことも当然ですが、火災は起こるものとしてとして想定し、起こった際に「いかに早く入居者に知覚させ、いかに早く初期消火活動し（避難時間をかせぐ）、いかに早く入居者を安全な場所に避難させるか」の対策を策定することが大切です。身体機能が衰えている高齢者の死亡率はかなり高く、だからこそ入居者は、サービス付き高齢者向け住宅に火災に対し安全・安心を求めると考えます。事業者はそれを踏まえ、火災への対策に取り組まねばなりません。

ある一定基準のサービス付き高齢者向け住宅にはスプリンクラーの設置義務があります。スプリンクラーは小さな火災・ボヤ等には効果がありますが、すべての火災を消火させることができるとは限りません。しかし、火災の初期段階において、その延焼を遅らせ、入居者が安全な場所に避難する時間をかせぐためには非常に有用です。「当施設にはスプリンクラーがあるので、火災が起こっても大丈夫」との過信は禁物です。色々な想定に立った消防計画を立案し、いざというときに備えることが大切です。

（３）具体的な取り組み

サービス付き高齢者向け住宅における火災を想定した具体的な対策の一例を示します（表２）。これらを盛り込んだ消防計画・防火管理制度を企画・立案し、マニュアルとして整備しておくことが大切です。それらを職員・入居者が事前に目を通し理解しておくと同時に、避難訓練などを行い、いざというときに備えることが大切です。特に身体機能が低下している入居者については、自分ひとりでは避難できないこともありますから、どの部屋にそのような方が入居しているのか、どのように避難誘導するのかなどを事前に把握するとともに、いざというときは消防に対してその情報を速やかに伝えることができるような手段を講じておくことも大切です。

避難の想定は職員が多く、入居者も起きていることの多い昼間の時間帯に実施することはもちろん、職員も少なくなり、入居者も入眠している夜間の火災発生を想定した訓練も行うことも重要です。また、職員だけでは多くの入居者を避難させることは困難です。事前から近隣住民や町内会などとの連絡・連携を取り、もしもの際には援助を求められるようにするとともに、避難訓練などにも参加して頂くことによって、その意識を高めて頂くことも重要です。

（表２）サービス付き高齢者向け住宅における火災を想定した具体的な対策の一例

①	出火原因となる火気の使用または取扱いの適切な管理
②	火災を早期に関知し、入居者に報知する設備（自動火災報知機設備）の設置
③	消防機関へ通報する火災報知設備の設置
④	スプリンクラー設備の設置
⑤	初期消火方法の確認
⑥	防火管理者の選任
⑦	教育・訓練（消火訓練、避難訓練：昼間・夜間）

（４）最後に

過去にグループホームや高齢者向け住宅において、入居されていた多くの高齢者が犠牲となった痛ましい火災がありました。消防庁では、これらの火災の概要の把握と課題を整理し、高齢者の住まいにおける消防用設備等や防火管理等の防火安全対策のあり方について検討を行なっています。それらに基づき、報告書が取りまとめられ政省令の改正が逐一行なわれています。「大切なのは命を守ること」の視点に基づき、サービス付き高齢者向け住宅の生活相談員においても、それらを一読し知識を深め、入居者の方の安全・安心を実現してもらいたいと考えています。

なお、現在は福祉施設については延べ床面積２７５㎡以上でのスプリンクラーの義務づけを課していますが、２０１３年２月８日に長崎県のグループホームで火災が発生し４人が死亡した事件を受け、総務省は、このグループホームが２７０㎡で対象外だったことから、小規模施設も義務化することを検討することとしました。今後、厚労省、国交省と対象施設や面積基準などの協議を進める予定です。

これから高齢者向け住宅を建てようとするときは、２７５㎡未満であってもスプリンクラーを設置することを心がけていただきたいと考えます。

２　災害

（１）サービス付き高齢者向け住宅における災害対策

サービス付き高齢者向け住宅において地震・風水害などの自然災害の被災を受けた場合、災害自体による被害はもちろん、入居者が高齢者であり自らの力で避難することが難しいことが予想されるなか、避難方法などが明確にされていなければ逃げ遅れなどを原因とする甚大な被害が発生することが予想されます。さらに、停電・断水などのライフラインの断絶、建物等の破壊による居住継続の困難など、災害の直接的被害の後も様々な被害が連鎖的に発生する可能性があります。また、地域全般に被害を与える災害については、職員自体も被災者になりうる可能性が高く、対策を事前に整備しても職員が出勤できない状況に陥ってしまえば、せっかくの対策も全く機能しないものとなってしまう恐れがあります。すなわち、災害発生時対策は、通常の事故などとは異なる大規模の対策を検討する必要があります。

（２）サービス付き高齢者向け住宅における取り組み

先の東日本大震災を受けて、厚生労働省は平成 24 年 4 月に「介護保険施設等における防災対策の強化について」ならびに「大規模災害時における被災施設から他施設への避難、職員派遣、在宅介護者に対する安全確保対策等について」を策定し、発表しています。この中で、防災対策の強化として、指揮系統の確立・具体的な避難方法・地域との連携などを指針として掲げています。また、安全確保対策については、被災施設から他施設への避難、域外からの職員の応援派遣などを示しています（表１）。

（表１）

介護保険施設等における防災対策の強化について		
	①	情報の把握
	②	指揮組織の確立
	③	防災管理体制の整備
	④	職員等の防災意識の高揚
	⑤	消防用設備及び避難設備等の点検
	⑥	有効な避難訓練の実施
	⑦	消防機関等関係諸機関との協力体制の確立
	⑧	危険物の管理
	⑨	事業所間の災害支援協定の締結
	⑩	地域との連携について
大規模災害時における被災施設から他施設への避難、職員派遣、在宅介護者に対する安全確保対策等について		
	①	大規模災害時における被災施設から他施設への避難
	②	介護職員等の応援派遣
	③	在宅介護者に対する安全確保対策等についての研究結果と対策骨子

（詳細）http://www.tokuteikyo.jp/images/register/news0743_1.pdf

（３）具体的な取り組み

サービス付き高齢者向け住宅においても、前項で示した介護保険施設向けの指針と同様の考え方にて防災対策を策定して行くべきと考えます。また、防災対策はマニュアル化し、職員・入居者に周知することは言うまでもなく、それがきちんと機能するような防災訓練を定期的に実施することが重要です。防災訓練は昼間だけでなく職員数が希薄となる夜間を想定したものも実施することも大切です。また、職員が施設に駆けつけることができない場合の想定も重要です。少ない職員で多くの入居者を迅速かつ安全に避難させることを考えると、自施設だけでなく近隣住民などの援助を求める体制づくりも重要です。平素より地域でそのような連携を行うために、所轄消防署や町内会との情報交換も必要です。

災害発生後、事業所の復旧に向けた計画もしくは復旧が困難な場合の入居者の生活を保全する対策を講じる必要もあります。自施設のみが被害を受けた場合や地域全体が被害を受けるような大規模災害も想定した計画を策定すべきです。 特にライフラインの断絶は、被災後後の生活に大きな支障を与えます。停電時の非常電源等の確保、食料・飲料水、暖房方法（暖房器具、毛布等）など、平素よりその様な備えの確認が必要です。また、大規模の事業所では、被災した地域住民を受け入れることも検討しておくべきです。

（４）最後に

地震・台風などによる風水害の多い我が国においては、自然災害による被災は身近なものとして認識し、事業所・入居者・近隣の方々と連携・協力して取り組む必要があります。相談員は、その連携づくりの架け橋の立場にいるという自覚を持ち、常日頃から対策の確立に取り組んでもらいたいと考えます。

３　事故

（１）サービス付き高齢者向け住宅における事故

サービス付き高齢者向け住宅の入居者である高齢者は、加齢による日常生活動作の衰えから、転倒・転落などの事故を起こす可能性が高くなります。また、食事中の誤嚥・窒息、服薬間違い、物品の紛失・盗難、器物破損など、施設内での日常生活において様々な事故が想定されます。

サービス付き高齢者向け住宅は、共同住宅としての共有部分・サービス提供部分・入居者個々の生活部分（居室＝個室）とがあり、それぞれにおいて事故予防・事故発生時対応を検討する必要があります。また、介護保険サービスを併設している事業所については、入浴介助・通院援助・生活支援などの直接入居者にサービスを提供する機会が増えることから、そのような場合においても、事故予防・事故発生時対応を検討する必要があります。

また、高齢者の住まいであるサービス付き高齢者向け住宅を狙った犯罪なども、想定される事故と位置付け、防犯対策・発生時の報告体制・警察等関係機関への迅速な通報体制などを整備する必要があります。

（２）サービス付き高齢者向け住宅における取り組み

サービス付き高齢者向け住宅における事故予防・事故発生時対応を検討するにあたり、まずは指針を策定する必要があります。その一例を表１に示しました。

（表１）

事故の概念と対策構築の理念・考え方		
	①	事故の特定と分類、その背景
	②	事故の発生場所・原因と予防
	③	事故発生時の責任の所在
体制整備のあり方		
	①	管理者のリーダーシップと職員の自律性
	②	報告制度の策定
	③	事故発生予防のための研修・体制（勉強会・委員会設置等）
	④	日常におけるパトロール、ヒヤリハットの実施
	⑤	事故発生時の対応手順書の策定・整備
	⑥	ご家族への説明方法の策定
	⑦	関係機関等との連携・報告方法の策定
	⑧	事故発生時の対応手順書に沿った研修の実施、問題点の摘出
	⑨	実際に日常で活用しPDCAを実行、指針の改訂
	⑩	再発防止の取り組み

以上のような指針に基づき、事故発生予防、発生時対応、再発防止に向けた取り組みを行い、それらのPDCAを繰り返し行い、事故発生のリスクを低減することが重要です。ヒヤリ・ハット活動、安全パトロールの実施、事例検討会の開催や職員間での安全申し送りなど、情報の有効活用も大切な取組であるといえます。

入居者の居室内での事故については、予防ならびに対応に不備・遅れがでる可能性が高いので、入居者に対しても説明や研修会などを実施し、事故予防に対する意識を高めてもらうことが大切です。また、入居者の身体機能は徐々に低下していきます。入居者の心身の状況を的確に把握し、状況に応じた事故防止対策を講じることも大切であるとともに、必要に応じご家族との連絡・情報交換を行うことも大切といえます。

（３）最後に

サービス付き高齢者向け住宅にとって事故は身近に起こりうるものです。相談員は、日々の生活相談などを通じて入居者の生活状況を把握し、上記の取り組みを通じて事故を予防する環境づくりと対策を講じる最前線の役割を担っています。その自覚を常に持ち、相談員としての職責を果たしてほしいと考えます。

４　行政等への報告

サービス付き高齢者向け住宅の事故等についての行政への報告は、「高齢者住まい法第２４条」では、事業者等に対し報告を求めることができるとはされていますが、事故等が発生した場合に事業者側から報告しなければならない義務を定められてはおりません。

そこで、厚生労働省は、平成24年3月に茨城県で起きた有料老人ホームにおける孤立死事件（亡くなってから相当の期間が経過してから発見された）を受け、別添「有料老人ホーム等における事故の情報提供のお願いについて」という事務連絡を、都道府県・指定都市・中核市向けに発出しました。

この事務連絡は、国から都道府県等に対して情報提供を求める内容のものであることなどから、道としては、事故の報告依頼をはじめ当該事務連絡についてもサービス付き高齢者向け住宅事業者には通知していない、とのことです。

しかしながら、当該事務連絡の趣旨や、サービス付き高齢者向け住宅の大部分が有料老人ホームであることを鑑み、当該事務連絡にある

・入居者の死亡事故（死亡後に相当期間の放置がなされた場合を含む）
・入居者に対する虐待
・サービス付き高齢者向け住宅事業者による入居者の財産侵害（職員による窃盗等）
・サービス付き高齢者向け住宅における火災事故
・地震等の自然災害によるサービス付き高齢者向け住宅の滅失・損傷

など、入居者の生命・財産等が脅かされる事案については、所管行政庁（札幌市、函館市、旭川市、その他は北海道）に報告すべきであると、心がけて下さい。

つまり法的な義務規定はないですが、倫理的にも道義的にも報告、相談すべきものと解釈していただ

きたいと考えます。
　こうした事故等について秘匿したままでいても、必ずどこからか情報が漏れます。そして、「なぜ隠蔽したか」などマスコミ等の対応が厳しさを増すに違いなく、コンプライアンス経営という観点からも、積極的に所管行政庁に報告、相談すべきです。
　また、所管行政庁がない高齢者向け住宅の場合も、同様に、その事業所が所在している市町村へ届けるべきです。

資料：「有料老人ホーム等における事故の情報提供のお願いについて」
事務連絡：平成 24 年 5 月 25 日発
厚生労働省老健局高齢者支援課・国土交通省住宅局安心居住推進課

Ⅲ　住まいにおけるリスクマネジメント

１　サービス付き高齢者向け住宅におけるリスクマネジメントの考え方

　サービス付き高齢者向け住宅におけるリスクとして思い浮かぶこととして、入居者の介護事故、契約上のトラブル、クレーム管理、火災・災害などの業務上のリスクが挙げられると思います。しかし、実際にはそのような業務上のリスクの他にも、住宅として長期安定して健全な経営を維持するための入居者確保・職員確保・資金管理などの経営上のリスク、介護保険制度・高齢者住宅制度などの事業者では解決できない制度リスクなどもあります（表１）。
　これらのリスクを管理（マネジメント）する際、個別にリスクを摘出しその原因・対策等を検討してしまいがちです。しかし、これらのリスクは実際には個別に存在するものではなく、常に連鎖し影響を与え合っているのです。例えば、入居者がなかなか入らず経営的に厳しくなり、それが原因で本来必要な介護物品の購入ができないとか、必要な人材が雇用されないまま日々の運営が続けば、結果として介護事故などを誘発してしまうかも知れません。
　一方で、あるリスクを適切にマネジメントできれば、関連する他のリスクも連動して低減することができることもあります。例えば、入居前見学の適切な対応ならびに契約時の十分な説明と同意を取り付けておけば、その後の入居費用・サービス費用などに関するクレーム発生のリスクは大幅に低減します。すなわち、リスクは個別に存在するものではなく連鎖していますので、そのリスクマネジメントも個別に検討するものではなく包括的に検討する必要があるのです。事業所自体がまずこの概念に基づきリスクを適切に予防・管理できるリスクマネジメントを行うということが大切です。表２にサービス付き高齢者向け住宅におけるリスクマネジメントの大きな考え方を示します。
　そのうえで高齢者が入居するという特性上、業務上のリスクが非常に高いサービス付き高齢者向け住宅におけるリスクマネジメントを以下に解説していきます。

（表１）サービス付き高齢者向け住宅で考えられるリスク

業務上のリスク	事故（介護中、居室での生活内）、感染症・食中毒、死亡（突発）、病変、医療依存度の増加、介護度の重度化、虐待（職員・家族・本人）、契約、入退去、災害、火災、盗難、クレーム（サービス内容・施設設備・料金・契約・入居者間・外部サービス・家族など）、職員の労務災害、コンプライアンス違反（職員による）…等
経営上のリスク	入居者確保、人材確保ならびに離職率、制度変更（介護保険制度・高齢者住宅制度）、借入金利の上昇、大規模修繕費の発生、不動産契約（リースバック、土地賃貸借）、倒産、コンプライアンス違反（事業所による）…等

（表２）サービス付き高齢者向け住宅でのリスクマネジメント

平常時の対応	基本的事項	管理者のリーダーシップ 組織づくり 利用者特性の把握 サービスの標準化 利用者・家族とのコミュニケーション
	危機管理の具体的な取り組み	対応指針の整備 　事故発生の防止のための指針 　感染症及び食中毒の予防・まん延防止の指針 職員に対する周知徹底 　介護事故等について 　感染症等について 委員会の設置（可能ならば） 　事故防止検討委員会 　感染対策委員会 施設内研修の実施
危機発生時の対応	生命や身体等の保護 初動体制の立ち上げ 情報管理(広報対応) 関係機関への連絡 利用者の家族に対する連絡、状況説明 事態の収拾に向けた対応	
事故後の対応	再発防止策の確立 再発防止策の実施 再発防止策の報告	

２　サービス付き高齢者向け住宅における具体的なリスクと相談員のマネジメント

（１）身体機能の低下

高齢者は加齢によって身体の機能が少しずつ低下していきます。例えば、高齢になり視力の低下、筋力の低下、反射の鈍りなどで転倒のリスクも高くなります、また、転倒した際の身体のダメージも大きくなり、骨折や出血など医療機関への緊急搬送を要するケースも発生しやすくなります。また、一度入院などすると廃用症候群などでさらに身体機能が低下してしまい、退院しても再び転倒などのリスクが高くなります。食事を取るにしても、咀嚼や嚥下の能力低下による誤嚥やそれに伴う肺炎の恐れもあります（第２部「Ｉ高齢者のからだ」参照）。

サービス付き高齢者向け住宅は、身体機能が低下した高齢者の入居時の転倒などのリスクを少しでも低減するために、バリアフリーであることが義務付けられています。段差が多い自宅と比べると、バリアフリーの建物は、高齢者の生活に適した生活環境であることは間違いありません。しかし、入居して間もない時期は施設内のレイアウトや手すりの位置などに慣れておらず、転倒のリスクは高くなります。自宅では転倒しなかった高齢者が、バリアフリーの施設に慣れずに転倒してしまうということもあります。また、環境に慣れていたつもりでも、自らの身体機能が徐々に低下していることに自分の意識がついてこず、結果として転倒してしまうこともあります。

目に見える身体機能だけでなく、体中の様々な機能が段階的に低下していくということが高齢者の特性であり、サービス付き高齢者向け住宅における大きなリスクです。また、住まいという環境の中で、事業者側がどこまで入居者の日常生活の見守りができ、転倒を予防することができるかが大きなポイントとなります。相談員は、生活相談による入居者への関わりの中で、そのリスクを少しでも拾い上げ、事業所としてのリスク低減に努める必要があります。

（２）事故（介護中・居室での生活内）

病院内や特別養護老人ホーム・老人保健施設、有料老人ホームなどの施設と違い、サービス付き高齢者向け住宅は「住まい」という特性上、事業者の立場としては「居室内で起こった事故は入居者の住まいの中での事故なので、事業所には責任はない」と考えがちです。しかし、入居者やご家族の立場からは「ある程度事故は予見できたのではないか」「ならば、どうしてそれに対する予防・対策を取らなかったのか」などの苦情・指摘が上がってくるのは必然であると考えられます。

確かに、サービス付き高齢者向け住宅内で起こった事故の全てが事業者側の責任ではないかも知れません。しかし、サービス付き高齢者向け住宅は 2011 年の高齢者住まい法の改正によって新たに創設された制度ですので、今後サービス付き高齢者向け住宅においてどのような事故が起こり、どのような責任追及が事業者側になされるのかは、まだはっきりと分かりません。特に「生活相談」「安否確認」という業務・サービスの責任はどこにあるのか、転倒事故や死亡事故が発生した場合にその責任を問われることはないのかといった、業務リスクマネジメントの視点からの議論は全く行われていません。

リスクマネジメントの視点としては、どのような時に事業者の責任が問われ、どのような事故の場合には責任を問われないのか、すなわち「責任を問われないためにどうすればよいか」ということに着眼点を置くしかありません。介護事故の一般的な定義は「介護の提供過程で、利用者に対し何らかの不利益な結果を与えた場合または与える危険のあった場合」とされていますが、抽象的な表記でしかありません。そこで明確な一つの指針として、介護事業において事業者責任が問われる介護事故の目安を表２

に示します。

（表２）事業者責任が問われる介護事故（高住経ネットホームページより）

①	介護看護スタッフの直接介助中により発生した人身事故
②	事故・急変に対して、適切な処置を行わなかったことによる被害の拡大
③	事業所で定めた介護看護マニュアル・手順に従わずに発生した人身事故
④	ケアプランで定めた通りの介護を行わなかったために発生した人身事故
⑤	スタッフ間の連携・連絡の不備によって発生した人身事故
⑥	ケアプランのアセスメント・モニタリングが不十分なために発生した人身事故
⑦	事業者の管理する建物・設備・備品が原因で発生した人身事故

一般的な介助ミスは①と考えがちですが、直接介助中に発生した純粋な介助ミス以外も責任が問われる可能性があります。サービス付き高齢者向け住宅では「生活相談」「安否確認」が必須サービスとなっていますが、安全に配慮して適切な連携連絡を行わなかった場合、転倒や急変など緊急時に十分な対応を取れなければ、事業者として安全配慮義務違反の責任を負うことになります。

介護事故として事業所責任があることが明らかになれば、自動的に負うべき責任が発生します。サービス付き高齢者向け住宅において転倒骨折事故や窒息死亡事故などが発生した場合、事業者や介護スタッフ個人が法的に問われる可能性のある責任は３つあります（表３）。

（表３）介護事故で問われる可能性のある責任

①	行政処分	法人：是正勧告や業務改善命令 介助ミスを起こした職員：資格登録の取り消しなど
②	刑事責任	業務上過失致死傷罪など
③	民事上の責任	金銭的な賠償責任

①②においては、ある程度法律・判例ならびに規則の中で、事故の程度によってその責任の程度は決まりますが、③については入居者・家族の権利意識の違い、また事業者の責任・過失の線引きの見解が事業者と入居者・家族で大きく違っていることが多く、当事者同士の話し合いが紛糾し、合意に至らずその判断を裁判に委ねるというケースも想定されます。

冒頭にも延べましたが、サービス付き高齢者向け住宅は「一般の賃貸住宅と同じなので介護施設などと同じ責任ではない」という考え方もあります。しかし、入居時に「高齢者も安心して生活できます」と勧誘しながら、事故発生時に「うちは施設ではありません」と言っても入居者・ご家族は納得できません。特に「生活相談」「安否確認」などの生活支援サービスが必須のサービス付き高齢者向け住宅では、「入居者が老人ホームで安全に生活できるように配慮する義務」すなわち安全配慮義務が発生していることを念頭に置かなければなりません。

事業所側は、このような安全配慮義務の他にも、建物の瑕疵による事故、他の入居者からの加害行為における事業者責任など、できるだけ多くの裁判所の判例に目を通し、どのような事故が事業者の過失だと判断されているのかを理解し、あらゆる事故を想定したリスクマネジメントを行うべきだと考えま

す。介護事故は、サービス付き高齢者向け住宅に取って「目には見えなく」しかし「事業の根幹を揺るがす可能性」の高い大きなリスクなのです。相談員は、生活相談による入居者への関わりの中で、そのリスクを少しでも拾い上げ、事業所としてのリスク低減に努める必要があります。

（3）感染症・食中毒

サービス付き高齢者向け住宅にとって感染症・食中毒は大きなリスクの一つです。入居者が高齢者であることに加え、入居者が一同に集まって食事やレクレーションを行うこと、浴室や食堂など全員が利用する共用部が多いことなどから、感染症が蔓延しやすい、また感染者が重篤化しやすいという特徴があります。食事提供サービスを実施している事業所については、ほとんどの入居者が同じ食材・同じ調理者による食事を摂ることから、食中毒が発生した際は摂食した入居者全員が発症する可能性が極めて高くなります。

これらの被害者が事業所内で多数発生した場合は、管轄保健所への報告義務も発生することから、マスコミ等による報道も大々的に行われることになります。特に重篤な症状・死亡者などを出した場合は、大きく取り扱われることになり、事業所としては運営自体の存続に関わる大きなリスクとなります。また、入居者同様、職員も感染・発症するリスクがあり、働くスタッフが感染し休職することになれば、適切なサービスが提供できなくなります。

また、感染症や食中毒が発生もしくは発生が疑われる時、適切な対応・対策を怠ったため感染・発症者が拡大し、多くの入居者に被害を与えることになれば、事業者に刑事責任・民事責任・行政責任が発生します。感染症・食中毒は完全に防ぐことはできませんが、集団感染のような拡大を防ぎ、重篤な患者・職員を出さない予防方法・発生時対応方法があります（第２部「Ⅴ集団生活におけるケア」参照）。サービス付き高齢者向け住宅にとって、感染症・食中毒が大きなリスクであることを職員が十分に常日頃から理解し、十分な予防と発生時対策マニュアルの整備、健康管理を行うことが大切です。相談員は、入居者やご家族に対して適切な説明と行う窓口として、事業所としてのリスクを低減する役割を担っています。

（4）医療依存度の増加・介護度の重度化

サービス付き高齢者向け住宅へ入居する高齢者のニーズの一つとして、医療や介護が必要な状態になっても安心して暮らせる生活の場の確保があると考えます。「サービス付き高齢者向け住宅に入れば、私の老後はもう安心」と思って入居する高齢者もいるのではないでしょうか。

しかし事業所によっては、医療依存度が高くなり介護度が重度になるにつれて、その高齢者の生活を支えることが困難なところもあるかと思います。厚生労働省が掲げる地域包括ケアは、その解消に向けた大きな取り組みではありますが、現時点では十分な併設サービスを整備した事業所か外部サービスが充実している地域でなければ、その実現は難しく、結果として介護事故のリスクや退去に関するトラブルなどのリスクを誘発することになります。

サービス付き高齢者向け住宅における相談員は、入居者の医療依存度が高くなり介護度が重度になっても、地域の資源を上手にコーディネートすることにより、少しでも長く現在の生活を安全・安心に続けられるように援助するとともに、場合によっては住みかえ＝退去に向けて円滑に次の住まい・施設の確保を行い、事業所のリスクを低減する役割を担っています。

（5）虐待

高齢者の生活を支える場において、虐待が発生するリスクは非常に高いと考えられます。特に介護度が重症化したり、認知症が進行した際はそのリスクが増すとの調査結果もあります（「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」厚生労働省 2010 年 11 月調査）。

サービス付き高齢者向け住宅は、入居者の居室が個室であるがゆえに、排泄介助、起床介助、就寝介助など多くの介護看護サービスは、居室内で入居者とスタッフが一対一で行われています。その中で介護される者という立場である高齢者は、職員・介護スタッフに対して対等な立場であることは難しくなりがちです。認知症が進行すれば、自分の状況や意思を周囲に伝えることがなおさら困難となります。このような環境が、介護スタッフによる虐待を誘発し、同時に発覚しにくくなる要因なのです。また、家族による高齢者の金銭の消費、本人のセルフネグレクトなど虐待の発生は様々です。

相談員は生活相談だけでなく、入居者の日常の生活状況やご家族との面談などを通して、虐待が行われていないか常に観察し、入居者を擁護するともに事業所のリスクの低減に努める立場にあります。

なお、虐待が発生した場合は速やかに下記のことを実施しなければなりません。

また、サービス付き高齢者向け住宅で有料老人ホームと同様のサービスを提供している場合は、有料老人ホームと見なされ「養介護施設従事者等による虐待」と捉えられます。

【参考】　高齢者の虐待防止策に関する確認書（北海道）　※登録時の申請添付書類

No.	実　施　内　容
1	高齢者虐待又は高齢者の権利利益を不当に侵害する行為（以下「虐待等」）の未然防止の取組として、サービス付き高齢者向け住宅の業務に従事する職員に虐待等の防止等に係る研修を実施するとともに、その内容を記録し保存すること。
2	虐待等の発生に備え、苦情対応体制を整備すること。 また、入居者へ虐待等が発生した場合には、速やかに入居者の安全確保・不安解消を図るとともに、入居者及び家族への説明を行うこと。
3	入居者への虐待等が発生した場合には、速やかに事実確認のための聞き取り調査を実施すること。 また、組織的な情報の共有、原因の分析及び再発防止への取組を行うこと。
4	虐待等が発生した場合、あるいはその疑いがある場合には、サービス付き高齢者向け住宅の所在する市町村高齢者福祉部局や北海道保健福祉部サービス付き高齢者向け住宅担当へ情報提供すること。
5	虐待等が発生した場合には、原因分析したうえで、虐待等防止のための改善策を策定し、サービス付き高齢者向け住宅の所在する市町村高齢者福祉部局や北海道保健福祉部サービス付き高齢者向け住宅担当へ情報提供すること。
6	サービス付き高齢者向け住宅の業務委託先又は提携先の職員による虐待等が発生した場合には、当該事業者への注意及びサービス付き高齢者向け住宅の所在する市町村高齢者福祉部局や北海道保健福祉部サービス付き高齢者向け住宅担当へ情報提供すること。

※　高齢者虐待等に該当する行為

高齢者虐待防止法第２条第４項第１号・第２号、又は、同法第２条第５項第１号・第２号のいずれかに該当する行為をいう。

【参考】虐待の定義

高齢者虐待防止法第２条第４項第１号・第２号、又は、同法第２条第５項第１号・第２号

（定義）

第二条　この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

２　この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等（第五項第一号の施設の業務に従事する者及び同項第二号の事業において業務に従事する者をいう。以下同じ。）以外のものをいう。

３　この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。

４　この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一　養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為

イ　高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。

ハ　高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

二　養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

５　この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一　老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第五条の三に規定する老人福祉施設若しくは同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム又は介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十項に規定する地域密着型介護老人福祉施設、同条第二十四項に規定する介護老人福祉施設、同条第二十五項に規定する介護老人保健施設、同条第二十六項に規定する介護療養型医療施設若しくは同法第百十五条の三十九第一項に規定する地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為

イ　高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

ハ　高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

ホ　高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

二　老人福祉法第五条の二第一項に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法第八条第一項に規定する居宅サービス事業、同条第十四項に規定する地域密着型サービス事業、同条第二十一項に規定する居宅介護支援事業、同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービス事業、同条第十四項に規定する地域密着型介護予防サービス事業若しくは同条第十八項に規定する介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

（６）身体的拘束

身体的拘束は虐待と捉えられ、基本的に行ってはならない行為です。しかし、入居者が混乱しているときなど、身の安全を守るために一時的に身体的拘束を行わざるを得ない場合もあります。その際は、「高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則第２１条」に「緊急やむを得ず入居者に身体的拘束を行っ

た場合にあっては、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由」を備え付けの帳簿に記載する必要があります。

以下に、身体拘束の記録に関する資料を記載します。

（身体拘束に関する説明書・経過観察記録（参考例））

（『身体拘束ゼロへの手引き』厚生労働省、2001年）

【記録１】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

〇〇〇〇様

1　あなたの状態が下記のＡＢＣをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の拘束を行います。
2　ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

Ａ　入所者（利用者）本人又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
Ｂ　身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
Ｃ　身体拘束その他の行動制限が一時的である

項目	内容
個別の状況による拘束の必要な理由	
身体拘束の方法〈場所、行為(部位・内容)〉	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	月　日　時から 月　日　時まで

上記のとおり実施いたします。

平成　年　月　日

施設名　代表者　印

記録者　印

（利用者・家族の記入欄）

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成　年　月　日

氏名　印

（本人との続柄　）

【記録２】

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録

○ ○ ○ ○ 様

月日時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者名	記録者サイン

（７）退居時のトラブル

サービス付き高齢者向け住宅は賃貸契約により入居する訳ですから、契約を解除さえすれば退去できます。しかし、退去する理由次第では様々なトラブルが発生すると考えられます。

退去の理由として、認知症の進行による周辺症状の深刻化、医療依存度が高くなりサービス付き高齢者向け住宅での生活が困難となる場合、入居費用の支払能力がなくなった場合、入居者同士のトラブルによる退去など様々なものが想定されます。契約書上でそれらを全て想定しリスクマネジメントをしたとしても、実際の退去の際はその後の受け入れ先の確保など、調整作業が難航する場合が予想され、それにより退去予定者の不満の蓄積・職員の疲弊・事故発生のリスクなど、さまざまなリスクへの飛び火も予想されます。

相談員は、入居時の生活相談だけでなく、第３部「Ｉ相談援助の技術８住みかえの支援」にあるように、このような退去時においてもその立場を生かし事業所のリクスを低減させることができます。そのためにも、常日頃から相談員としての地域におけるネットワークの構築が重要と考えます。

（８）入居料金・サービス料金に関するクレーム

入居料金・サービス料金に関するクレームは、建物設備やサービス内容に対する入居者の権利意識の高まりの中で、事業者側との満足度や意識の差が芽生えやすく、今後ますますその発生頻度とクレーム内容は深刻になると予想されます。

相談員としては、第２部「Ⅷ入居者の権利擁護１契約」ならびに第３部「Ｉ相談援助の技術１見学２入居時の対応」で示したように、入居前見学時に建物設備やサービス内容を明確に説明するとともに、契約時に具体的かつ詳細な説明を行い入居者の同意をきちんと得ることにより、事業所のリスクを低減する役割を担っています。

（９）サービス内容・質に関するクレーム

サービス内容・質に関するクレームは、その費用対価としての料金に対するクレームと連動したリスクとして考えなければなりません。また同時に、それらを提供する職員の資質（技術・接遇など）についても併せて考えるべきです。

リスク回避としては、サービス内容・質の向上・検証を行うことは当然ですが、相談員による生活相談サービスにおいて、クレームの糸口をつかむことができれば、大きなクレームになる前にそのリスクを摘み取ることができます。サービス付き高齢者向け住宅における生活相談員の役割は、その意味でも大きいと考えられます。

（１０）入居者間のトラブル

サービス付き高齢者向け住宅の居室は個室が基本であり、入居者それぞれのプライバシーが守られた空間が確保されています。しかし、食事提供を食堂などの共同スペースで提供したり、入浴を共同浴室にて提供している事業所も多いかと思います。またほとんどの事業所は、談話室のような入居者同士がコミュニケーションを取ることができる空間を整備しているかと思います。すなわち、サービス付き高齢者向け住宅は、プライバシーの保たれる「個」の空間と、共同住宅のような「共」の空間が入り混じった新たな住まいであり、それゆえに、入居者の間で様々な人間関係が発生します。仲良しのグループ

もできますが、性格的に合わない人がいても当然です。私たちの社会で起こる人間関係トラブルは、サービス付き高齢者向け住宅の中でも同様に起こるのです。

このようなトラブルは一旦発生してしまうと、なかなか調整・解決することは困難であり、事業所としては大きなリスクとなります。またこれを原因として、精神的なストレス・暴力・盗難・施設からの退去など、他の様々なリスクを誘発してしまう恐れがあります。相談員は入居者間の仲介者として生活相談の中でトラブルの芽を摘み取るとともに、トラブル発生時もその立場としてトラブル解決に尽くし、事業所のリスクを低減する役割を担っています。

３　入居者に対する賠償体制の整備

サービス付き高齢者向け住宅におけるリスクを常日頃よりマネジメントしたとしても、その発生をすべて阻止することはできません。そこで、いざそのリスクが現実となってしまった場合の対応方法として、そのリスクに見合った賠償体制を事業所として整備することが必要不可欠です。それはもしもの際に、入居者の安心・安全を保証するだけでなく、入居者に被害が及んだ場合に適切な損害賠償を速やかに行うため、またそのような賠償を組織として行う資金の確保という意味でも大切です。

具体的な賠償保険については、事業所の事業内容に見合ったに内容の保険を保険会社と相談して加入し、入居者に対しては入居契約時に事業所として賠償体制を説明し、同意・安心を得ることが相談員としては大切です。

４　最後に

以上、サービス付き高齢者向け住宅におけるリスクとそのマネジメントについて解説しましたが、冒頭にも述べましたとおり、リスクは個別に存在するものではなく連鎖しており、そのリスクマネジメントも個別に検討するものではなく包括的に検討する必要があります。組織全体がその概念に立ち、その中で生活相談員がリスク低減のためにできることを考えてみてほしいと思います。このテキストがその一助となれば幸いです。

第４部
演習

第１章　事例検討

Ⅰ　事例検討の意義

相談員としての力量を高めるための方法として事例検討があります。

事例検討会では、事例提供者が提出した事例を複数の参加者とともに検討することで、利用者に対するよりよい支援を見つけ出すことを目的とします。事例提出者のみならず、参加者にとっても共に事例を検討する体験により、相談員として必要な知識・技術を身につける機会となります。

『五訂介護支援専門員実務研修テキスト』では、事例検討の意義について下記のように示しています。

①　事例の支援経験の蓄積
②　対人援助職としての自己の客観視（自己覚知）
③　アセスメントの視点の多様性の学習
④　プランニングの視点や技法の多様性の学習

以下では、事例検討の４つの意義について詳しく述べていきます。

１　事例の支援経験の蓄積

相談員として担当し、経験できる事例の数には限りがあります。担当する事例には、「前にも似たようなことがあった」と感じることもあれば、「はじめてのことでどう対応したらよいかわからない」と悩むことがあるかもしれません。背景が似ていても同じ支援が有効かといえばそうではありません。利用者の個別性を尊重するということは、支援の方法も多様であるこいうことなので、すべてを経験するということは困難です。

事例検討に参加し、背景等が似ている事例が提出事例として検討されることで、あらためて自分の事例の支援について振り返る機会となります。また、過去に出会ったことがないような背景を持つ事例の検討をすることで、新たな支援の疑似体験となり相談員としての経験を積み重ねる機会となるのです。

２　対人援助職（相談員）としての自己の客観視（自己覚知）

対人援助職として私たちは、自分自身の視点を通して利用者をみています。その視点は、専門職としての価値や倫理にもとづくものであったり、今までの専門職としての経験であったり、さらには専門職ではない一人の人間としての経験に影響される場合もあります。つまり、様々な要素が影響しあって自分自身の視点ができるので、相談員としての視点は人それぞれであるといえます。

しかし、私たちは自分から見えている景色は他人も同じように見えているだろうと思い込んでいるように、自分自身の視点も当たり前ととらえる場合があります。事例検討に参加し、他者の視点を知ることは、自分自身の視点にあらためて気づくことにつながり、専門職としてのあり方や支援の方法を振り返るきっかけになります。

３　アセスメントの視点の多様性の学習

事例検討では、利用者理解を深めるために、あらためて参加者とともにアセスメントを行います。参加者それぞれの専門職としての知識や経験、またおかれている環境からみた質問や意見には、「その視点

から見たことがなかった」「今まで考えたことがなかった」というものがあるでしょう。
そうした他者の視点を事例検討を通して知ることで、アセスメントの盲点に気づき、多様な視点に基づいたアセスメントにつながっていきます。

４　プランニングの視点や技法の多様性の学習

アセスメントにより、生活課題が明らかになっても、プランニングにより適切な支援方法に結び付かなければ、利用者の生活はよりよいものに向かっていきません。生活課題が似たようなものでも、支援の方法は、利用者のおかれている環境、社会資源等により様々です。
事例検討を行うことで、社会資源を知り、またその効果的な活用方法や工夫を知ることが可能となります。

Ⅱ　事例検討の方法

事例検討を意義のあるものにするためには、事例検討のルールと役割を決めて、それを確認しながら進めていくことが求められます。
以下では、事例検討における役割とその心得、参加にあたっての留意事項を説明します。

１）事例検討の役割

事例検討の実施にあたっては、①事例提供者、②司会、③参加者、④記録、が役割として考えられます。

（１）事例提供者

事例検討のための事例を提供する人です。
事例の事実について、参加者にイメージをもってもらえるように伝えます。事実を先に述べますが、主観か客観かを意識して伝えることがポイントです。伝えるときは事実の中に自分の考えや感情が事実と混同してしまう場合があるので、吟味しながら情報提供、質問に答えていきます。
事例検討は参加者全員で行うものなので、不足する情報があってもかまいません。質疑応答が繰り返されなければ事例検討は成り立ちませんので、質問されることにたいして防衛せず、オープンな気持ちで事例検討に参加することがのぞまれます。

（２）司会

事例検討の舵取り役であり、事例提供者に配慮しながら事例検討を進行する役割です。
司会者の大きな役割のひとつは「時間管理」です。時間内で達成すべき課題について、参加者の意識を集中させるよう働きかけます。２つめの役割は「意見の交流」を促すことです。事例検討や今すべきことに参加者が意識を向けることができるよう配慮し、参加者が思考を広げたり深めたりできるよう発言の促しや抑制をしていきます。３つめは「結論・課題の整理」です。参加者が結論や課題について共通認識をもち、事例提供者が今後何に取り組んでいけばよいか、その内容を整理します。

（３）参加者

事例検討が有意義なものになるかどうかは、参加者の質問にかかっているといっても過言ではありません。事例提供者は、利用者とその取り巻く環境・生活状況について豊富な情報があっても、情報の重要性に気づいていなかったり、整理されていなかったりする場合があります。参加者は、事例提供者から事例に関する必要な情報を質問によって引き出します。

質問や意見は、特定の参加者に偏らないよう 1 回に１つの内容とし整理した発言に心がけます。事例検討の場で、「閉じた質問」や「開かれた質問」を意図的に使うことは、事例提供者の情報や意見を引き出すだけではなく、日々の相談面接の場面にも活かされるので　ぜひ使いこなしたいものです。

事例提供者が質問に答えにくそうにしているときは、質問の理由を述べたり違った視点から質問をしなおす等の工夫をしましょう。

（４）記録

記録で重要なのは、情報の「量」ではなく「質」です。司会のサポート役として、課題や結論を参加者間で確認できるよう、コンパクトに箇条書きでまとめることが求められます。図やエコマップを使うことによって、参加者間で事例検討の内容がより理解し整理されやすい場合もあります。

２）事例検討の心得・留意事項

（1）発言・質問の心得

① 結論から述べる

② 整理した発言をする

③ 時間を意識して発言する

④ ５W１H を意識する

いつ　どこで　だれが　どうして（理由）　どのように（状況）
どうなった（結論）

⑤ 抽象的な発言に注意する

ちょっと　たくさん　何度も　たまに　すごく　はやく　大変

⑥ 質問か意見か解釈かを意識する

（2）やってはいけないこと

① 自分の考えをいきなり述べはじめる

話し合いではなく、発言力の強さを競う場になる

② 事例提供者の報告内容を非難する

事例提供者（参加者）は委縮し、自由な意見交換ができなくなる　相互信頼に基づく建設的な意見交換ができなくなる

３）事例検討の実際

ここでは、『ケア会議の技術』を参考にした事例検討の進め方の１例を紹介します。

【事例検討の流れ】
（１）事例の概要把握
（２）事例の全体像把握
（３）アセスメント
（４）支援目標の設定
（５）支援計画の策定

（１）事例の概要把握

事例提供者による事例のプレゼンテーション

・事例概要を読むのではなく、自分の頭の中にある事例のイメージを「伝える」
・情報はこの時点では参加者が「もっと知りたい」と感じるくらいに出し惜しみでよい
・伝える情報

　　事例選択の動機、性別、年齢、病名、障害名、手帳や年金・等級、認定区分、
　　所在地、家族

（２）事例の全体像把握

ライフイベントに関する情報、「生活の流れ」の把握

質疑応答により情報を１つ１つ具体化していく

・生活歴を中心に事例を把握
・ホワイトボードの活用により情報の共有と整理
・「事実」と「感情」の区別
・具体的な質問

（３）アセスメント

事例の現在の状態はどうなっているのか

なぜ、現在の状況に至ったのか

現状のなかで焦点を当てるべき課題は何か

・現状の査定
・背景の理解
・課題の抽出

（４）支援目標の設定

アセスメントにおいて把握された現状の上に立って、「将来のあるべき姿」を描く

・支援目標を出し合う
・支援目標を選ぶ
・支援目標をならべる

（５）支援計画の策定

個別支援計画に落とし込む

・個々の支援目標

・支援の担当者

・実施期日

・連絡方法等

※参考・引用文献

・介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集『五訂介護支援専門員実務研修テキスト』長寿社会開発センター、2012 年

・野中猛、高室成幸、上原久『ケア会議の技術』中央法規、2007 年

第２章　高齢者向け住宅の自己評価ガイドラインを使用して

Ⅰ　高齢者向け住宅の自己評価の必要性

福祉や医療などのサービスは「情報の非対称性」がよく指摘されている。つまり、サービスを提供する側が圧倒的に専門知識を持っていて、サービスを受ける側がサービスの善し悪しを判断できないのでサービスを選択することが難しい、というう問題である。そのため、福祉を提供する事業者には自らサービスの質を評価し質の向上に努めることが関係法令で定められている。住まいは、一見、そのような評価とは無縁と見られるが、サービス付き高齢者向け住宅などでは具体的なサービスをするだけに、やはり情報の非対称性が問題となってくる。

だから、住まいの事業者が自ら提供するサービスの自己評価を行い質の改善に活用する、という取組が求められている。

実際に、事業所自らが自己評価することで、サービス向上への気づきが生まれる。自己評価を合議する過程でサービスに関するお互いの考えの相違などが出てきて、課題も明らかになる。それだけに、率先して自己評価に取り組みたいものである。

サービスの質の評価は一般的に、①構造、②プロセス、③結果、と３つの側面があるといわれている。どれも重要なものであるが、私どもが提案しているガイドラインでは組織・体制やサービス提供のプロセスを主に評価する。質の高いサービスを提供するためには組織的にＰＤＣＡサイクルのプロセスを回して取り組む必要がある。だから、「マニュアルがあるか」、「マニュアルを見直しているか」という表現がよく出てくる。結果オーライの職人芸ではなく、その事業所が開発してきた手順を踏まえて職員皆がその事業所らしいサービスを展開しているか、というところに着目するのである。

サービスの質に焦点をあてた評価であるため、その法人の経営や財務の状況についての評価は行わない。

自己評価は、サービスの質を向上するための第一歩であるが、苦情解決制度や入居者満足度調査などの他の仕組みと組み合わせることで、一層のサービスの質の向上が図られる。多面的な取り組みを期待したい。

Ⅱ　自己評価の方法と自己評価票の活用

自己評価の方法は、評価シートを活用して評価することとなるが、取組方法はいろいろと考えられる。例として、

①経営層のリーダーが一人で記入する
②経営層の皆がそれぞれ記入する
③経営層皆で話し合って記入する
④全職員がそれぞれ記入する
⑤全職員で話し合って記入する

など、様々な方法が考えられる。ガイドラインは自己評価の基準を示しているに過ぎないので、自己評価の方法は事業所がより効率的で効果の高い方法を選択して行うこととなる。参考までに、東京都の福祉サービス第三者評価などでは、経営層のそれぞれの自己評価を元に合議する仕組みと全職員が記載して集計する仕組みを組み合わせて実施するよう義務づけている。そして、個々の評価項目毎に平均値を

出したり、チャートグラフなどにして振り返り、改善の材料としている。その様に、できるだけ多くの職員が取り組むことがより実態に近い自己評価となるであろう。

自己評価票は、具体的に自己評価に取り組むためのシートで、自らガイドラインの評価基準を読み込み、要求されているレベルに対して自事業所のサービスがどのレベルにあるのかを、自らがａ、ｂ、ｃ判断するための作業シートである。

右側に「自事業所の取組の好事例」があり、できるだけこれを埋めて頂きたい。それが自事業所の誇りにもなるし、法人内部での水平展開の材料ともなり得る。

Ⅲ　自己評価と外部評価（相互評価・第三者評価）

自己評価票には、一番右側に「外部評価」の欄があるが、これは評価の次の段階で、外部の眼で評価して頂くための欄である。外部とは、各事業所同士の「相互評価」でも良いし、別の専門家が評価する「第三者評価」でも良いようになっている。

評価は、自らが振り返るという意味で自己評価の実施をまず原則とするが、よりサービスの質の向上を図るには、同業者の眼（相互評価)、外部の専門家の眼（第三者評価）が必要となってくる。サービスの事情も入居者の状況もよく知っている同業者や専門家に、その知識と経験から評価され改善提案に結びつくヒントをいただくことが弛まぬ質の向上につながる。

私どもは、このガイドラインで自己評価を行うことを定着し、次にその経験を活かして、ガイドラインのさらなる充実と併行しながら、相互評価と第三者評価を組み合わせる外部評価の仕組みを作っていきたいと考えている。そして、評価内容の公表も目指す。そのことで、住み替えを考えている方々への情報提供となると同時に、さらに事業者のサービスの質の向上に磨きがかかると考えている。

【自己評価のイメージ図】

資料編

Ⅰ　法律・規則等

Ⅱ　モデル様式集

Ⅲ　情報入手・相談先一覧

Ⅳ　モデル書式集

【抄】　高齢者の居住の安定確保に関する法律　（平成十三年四月六日法律第二十六号）
最終改正：平成二三年六月二四日法律第七四号

第一章　総則 0

（目的）

第一条　この法律は、高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスの提供を受けることができる良好な居住環境を備えた高齢者向けの賃貸住宅等の登録制度を設けるとともに、良好な居住環境を備えた高齢者向けの賃貸住宅の供給を促進するための措置を講じ、併せて高齢者に適した良好な居住環境が確保され高齢者が安定的に居住することができる賃貸住宅について終身建物賃貸借制度を設ける等の措置を講ずることにより、高齢者の居住の安定の確保を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする。

（国及び地方公共団体の責務）

第二条　国及び地方公共団体は、高齢者の居住の安定の確保を図るため、必要な施策を講ずるよう努めなければならない。

第三章　サービス付き高齢者向け住宅事業

第一節　登録

（サービス付き高齢者向け住宅事業の登録）

第五条　高齢者向けの賃貸住宅又は老人福祉法第二十九条第一項 に規定する有料老人ホーム（以下単に「有料老人ホーム」という。）であって居住の用に供する専用部分を有するものに高齢者（国土交通省令・厚生労働省令で定める年齢その他の要件に該当する者をいう。以下この章において同じ。）を入居させ、状況把握サービス（入居者の心身の状況を把握し、その状況に応じた一時的な便宜を供与するサービスをいう。以下同じ。）、生活相談サービス（入居者が日常生活を支障なく営むことができるようにするために入居者からの相談に応じ必要な助言を行うサービスをいう。以下同じ。）その他の高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスを提供する事業（以下「サービス付き高齢者向け住宅事業」という。）を行う者は、サービス付き高齢者向け住宅事業に係る賃貸住宅又は有料老人ホーム（以下「サービス付き高齢者向け住宅」という。）を構成する建築物ごとに、都道府県知事の登録を受けることができる。

2　前項の登録は、五年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

3　前項の更新の申請があった場合において、同項の期間（以下この条において「登録の有効期間」という。）の満了の日までにその申請に対する処分がされないときは、従前の登録は、登録の有効期間の満了後もその処分がされるまでの間は、なおその効力を有する。

4　前項の場合において、登録の更新がされたときは、その登録の有効期間は、従前の登録の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

（登録の申請）

第六条　前条第一項の登録（同条第二項の登録の更新を含む。以下同じ。）を受けようとする者は、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を記載した申請書を都道府県知事に提出しなければならない。

一　商号、名称又は氏名及び住所

二　事務所の名称及び所在地

三　法人である場合においては、その役員の氏名

四　未成年者である場合においては、その法定代理人の氏名及び住所（法定代理人が法人である場合においては、その商号又は名称及び住所並びにその役員の氏名）

五　サービス付き高齢者向け住宅の位置

六　サービス付き高齢者向け住宅の戸数

七　サービス付き高齢者向け住宅の規模

八　サービス付き高齢者向け住宅の構造及び設備

九　サービス付き高齢者向け住宅の入居者（以下この章において単に「入居者」という。）の資格に関する事項

十　入居者に提供する高齢者生活支援サービス（状況把握サービス、生活相談サービスその他の高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスであって国土交通省令・厚生労働省令で定めるものをいう。以下同じ。）の内容

十一　サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が入居者から受領する金銭に関する事項

十二　終身又は入居者と締結するサービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約（以下「入居契約」という。）の期間にわたって受領すべき家賃等（家賃又は高齢者生活支援サービスの提供の対価をいう。以下同じ。）の全部又は一部を前払金として一括して受領する場合にあっては、当該前払金の概算額及び当該前払金についてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が返還債務を負うこととなる場合に備えて講ずる保全措置に関する事項
十三　居住の用に供する前のサービス付き高齢者向け住宅にあっては、入居開始時期
十四　入居者に対する保健医療サービス又は福祉サービスの提供について高齢者居宅生活支援事業を行う者と連携及び協力をする場合にあっては、当該連携及び協力に関する事項
十五　その他国土交通省令・厚生労働省令で定める事項
2　前項の申請書には、入居契約に係る約款その他の国土交通省令・厚生労働省令で定める書類を添付しなければならない。

（登録の基準等）
第七条　都道府県知事は、第五条第一項の登録の申請が次に掲げる基準に適合していると認めるときは、次条第一項の規定により登録を拒否する場合を除き、その登録をしなければならない。
一　サービス付き高齢者向け住宅の各居住部分（賃貸住宅にあっては住戸をいい、有料老人ホームにあっては入居者ごとの専用部分をいう。以下同じ。）の床面積が、国土交通省令・厚生労働省令で定める規模以上であること。
二　サービス付き高齢者向け住宅の構造及び設備（加齢対応構造等であるものを除く。）が、高齢者の入居に支障を及ぼすおそれがないものとして国土交通省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。
三　サービス付き高齢者向け住宅の加齢対応構造等が、第五十四条第一号ロに規定する基準又はこれに準ずるものとして国土交通省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。
四　入居者の資格を、自ら居住するため賃貸住宅又は有料老人ホームを必要とする高齢者又は当該高齢者と同居するその配偶者（婚姻の届出をしていないが事実上夫婦と同様の関係にあるものを含む。以下同じ。）とするものであること。
五　入居者に国土交通省令・厚生労働省令で定める基準に適合する状況把握サービス及び生活相談サービスを提供するものであること。
六　入居契約が次に掲げる基準に適合する契約であること。
イ　書面による契約であること。
ロ　居住部分が明示された契約であること。
ハ　サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、敷金並びに家賃等及び前条第一項第十二号の前払金（以下「家賃等の前払金」という。）を除くほか、権利金その他の金銭を受領しない契約であること。
ニ　家賃等の前払金を受領する場合にあっては、当該家賃等の前払金の算定の基礎及び当該家賃等の前払金についてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が返還債務を負うこととなる場合における当該返還債務の金額の算定方法が明示された契約であること。
ホ　入居者の入居後、国土交通省令・厚生労働省令で定める一定の期間が経過する日までの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合において、サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、国土交通省令・厚生労働省令で定める方法により算定される額を除き、家賃等の前払金を返還することとなる契約であること。
ヘ　サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、入居者の病院への入院その他の国土交通省令・厚生労働省令で定める理由により居住部分を変更し、又はその契約を解約することができないものであること。
七　サービス付き高齢者向け住宅の整備をしてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う場合にあっては、当該整備に関する工事の完了前に敷金又は家賃等の前払金を受領しないものであること。
八　家賃等の前払金についてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が返還債務を負うこととなる場合に備えて、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより必要な保全措置が講じられるものであること。
九　その他基本方針（サービス付き高齢者向け住宅が高齢者居住安定確保計画が定められている都道府県の区域内にある場合にあっては、基本方針及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものであること。
2　第五条第一項の登録は、サービス付き高齢者向け住宅登録簿（以下「登録簿」という。）に次に掲げる事項を記載してするものとする。
一　前条第一項各号に掲げる事項
二　登録年月日及び登録番号

3　都道府県知事は、第一項の登録をしたときは、遅滞なく、その旨を当該登録を受けた者に通知しなければならない。
4　都道府県知事は、第五条第一項の登録の申請が第一項の基準に適合しないと認めるときは、遅滞なく、その理由を示して、その旨を申請者に通知しなければならない。
5　都道府県知事は、第五条第一項の登録をしたときは、遅滞なく、その旨を、当該登録を受けたサービス付き高齢者向け住宅事業（以下「登録事業」という。）に係るサービス付き高齢者向け住宅（以下「登録住宅」という。）の存する市町村の長に通知しなければならない。

（登録の拒否）
第八条　都道府県知事は、第五条第一項の登録を受けようとする者が次の各号のいずれかに該当するとき、又は第六条第一項の申請書若しくはその添付書類のうちに重要な事項について虚偽の記載があり、若しくは重要な事実の記載が欠けているときは、その登録を拒否しなければならない。
一　成年被後見人又は被保佐人
二　破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者
三　禁錮以上の刑に処せられ、又はこの法律の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して一年を経過しない者
四　第二十六条第二項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して一年を経過しない者
五　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成三年法律第七十七号）第二条第六号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から五年を経過しない者（第九号において「暴力団員等」という。）
六　営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者でその法定代理人（法定代理人が法人である場合においては、その役員を含む。）が前各号のいずれかに該当するもの
七　法人であって、その役員又は政令で定める使用人のうちに第一号から第五号までのいずれかに該当する者があるもの
八　個人であって、その政令で定める使用人のうちに第一号から第五号までのいずれかに該当する者があるもの
九　暴力団員等がその事業活動を支配する者
2　都道府県知事は、前項の規定により登録の拒否をしたときは、遅滞なく、その旨を当該登録の申請をした者に通知しなければならない。

（登録事項等の変更）
第九条　登録事業を行う者（以下「登録事業者」という。）は、第六条第一項各号に掲げる事項（以下「登録事項」という。）に変更があったとき、又は同条第二項に規定する添付書類の記載事項に変更があったときは、その日から三十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。
2　前項の規定による届出をする場合には、国土交通省令・厚生労働省令で定める書類を添付しなければならない。
3　都道府県知事は、第一項の規定による届出（登録事項の変更に係るものに限る。）を受けたときは、第二十六条第一項又は第二項の規定により登録を取り消す場合を除き、当該変更があった登録事項を登録簿に記載して、変更の登録をしなければならない。
4　都道府県知事は、前項の規定により変更の登録をしたときは、遅滞なく、その旨を当該登録に係る登録住宅の存する市町村の長に通知しなければならない。

（登録簿の閲覧）
第十条　都道府県知事は、登録簿を一般の閲覧に供しなければならない。

（地位の承継）
第十一条　登録事業者がその登録事業を譲渡したときは、譲受人は、登録事業者の地位を承継する。
2　登録事業者について相続、合併又は分割（登録事業を承継させるものに限る。）があったときは、相続人、合併後存続する法人若しくは合併により設立された法人又は分割によりその事業を承継した法人は、登録事業者の地位を承継する。
3　前二項の規定により登録事業者の地位を承継した者は、その承継の日から三十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

4　第九条第二項から第四項までの規定は、前項の規定による届出について準用する。この場合において、同条第三項中「第二十六条第一項又は第二項」とあるのは、「第二十六条第一項」と読み替えるものとする。

（廃業等の届出）

第十二条　登録事業者は、次の各号のいずれかに該当するときは、その日の三十日前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

一　登録事業を廃止しようとするとき。

二　登録事業者である法人が合併及び破産手続開始の決定以外の理由により解散しようとするとき。

2　登録事業者が破産手続開始の決定を受けたときは、破産管財人は、その日から三十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

3　登録事業者が次の各号に掲げる場合のいずれかに該当するに至ったときは、第五条第一項の登録は、その効力を失う。

一　登録事業を廃止した場合

二　破産手続開始の決定を受けた場合

三　登録事業者である法人が合併及び破産手続開始の決定以外の理由により解散した場合

（登録の抹消）

第十三条　都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当するときは、登録事業の登録を抹消しなければならない。

一　登録事業者から登録の抹消の申請があったとき。

二　第五条第二項又は前条第三項の規定により登録が効力を失ったとき。

三　第二十六条第一項若しくは第二項又は第二十七条第一項の規定により登録が取り消されたとき。

2　都道府県知事は、前項の規定により登録を抹消したときは、遅滞なく、その旨を、当該登録に係る登録住宅の存する市町村の長に通知しなければならない。

（名称の使用制限）

第十四条　何人も、登録住宅以外の賃貸住宅又は有料老人ホームについて、登録サービス付き高齢者向け住宅又はこれに類似する名称を用いてはならない。

第二節　業務

（誇大広告の禁止）

第十五条　登録事業者は、その登録事業の業務に関して広告をするときは、入居者に提供する高齢者生活支援サービスの内容その他の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項について、著しく事実に相違する表示をし、又は実際のものよりも著しく優良であり、若しくは有利であると人を誤認させるような表示をしてはならない。

（登録事項の公示）

第十六条　登録事業者は、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより、登録事項を公示しなければならない。

（契約締結前の書面の交付及び説明）

第十七条　登録事業者は、登録住宅に入居しようとする者に対し、入居契約を締結するまでに、登録事項その他国土交通省令・厚生労働省令で定める事項について、これらの事項を記載した書面を交付して説明しなければならない。

（高齢者生活支援サービスの提供）

第十八条　登録事業者は、入居契約に従って高齢者生活支援サービスを提供しなければならない。

（帳簿の備付け等）

第十九条　登録事業者は、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより、登録住宅の管理に関する事項で国土交通省令・厚生労働省令で定めるものを記載した帳簿を備え付け、これを保存しなければならない。

（その他遵守事項）
第二十条　この法律に規定するもののほか、登録住宅に入居する高齢者の居住の安定を確保するために登録事業者の遵守すべき事項は、国土交通省令・厚生労働省令で定める。

第三節　登録住宅に係る特例
（公営住宅の使用）
第二十一条　公営住宅（公営住宅法（昭和二十六年法律第百九十三号）第二条第二号 に規定する公営住宅をいう。以下同じ。）の事業主体（同条第十六号 に規定する事業主体をいう。以下同じ。）は、公営住宅を登録事業者に登録住宅として使用させることが必要であると認める場合において国土交通大臣の承認を得たときは、公営住宅の適正かつ合理的な管理に著しい支障のない範囲内で、当該公営住宅を登録事業者に使用させることができる。
2　公営住宅法第四十五条第三項 及び第四項 の規定は、前項の規定による承認及び公営住宅の使用について準用する。

（住宅融資保険法 の特例）
第二十二条　登録住宅への入居に係る終身又は入居契約の期間にわたって支払うべき家賃の全部又は一部を前払金として一括して支払うための資金の貸付けについては、これを住宅融資保険法（昭和三十年法律第六十三号）第四条 の保険関係が成立する貸付けとみなして、同法 の規定を適用する。

（老人福祉法 の特例）
第二十三条　第五条第一項の登録を受けている有料老人ホームの設置者（当該有料老人ホームを設置しようとする者を含む。）については、老人福祉法第二十九条第一項 から第三項 までの規定は、適用しない。

第四節　監督
（報告、検査等）
第二十四条　都道府県知事は、この章の規定の施行に必要な限度において、登録事業者又は登録事業者から登録住宅の管理若しくは高齢者生活支援サービスの提供を委託された者（以下この項において「管理等受託者」という。）に対し、その業務に関し必要な報告を求め、又はその職員に、登録事業者若しくは管理等受託者の事務所若しくは登録住宅に立ち入り、その業務の状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。
2　前項の規定による立入検査において、現に居住の用に供している登録住宅の居住部分に立ち入るときは、あらかじめ、当該居住部分に係る入居者の承諾を得なければならない。
3　第一項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。
4　第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

（指示）
第二十五条　都道府県知事は、登録された登録事項が事実と異なるときは、その登録事業者に対し、当該事項の訂正を申請すべきことを指示することができる。
2　都道府県知事は、登録事業が第七条第一項各号に掲げる基準に適合しないと認めるときは、その登録事業者に対し、その登録事業を当該基準に適合させるために必要な措置をとるべきことを指示することができる。
3　都道府県知事は、登録事業者が第十五条から第十九条までの規定に違反し、又は第二十条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項を遵守していないと認めるときは、当該登録事業者に対し、その是正のために必要な措置をとるべきことを指示することができる。

（登録の取消し）
第二十六条　都道府県知事は、登録事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録事業の登録を取り消さなければならない。
一　第八条第一項第一号、第三号、第五号又は第九号のいずれかに該当するに至ったとき。
二　登録事業者が次のイからハまでに掲げる場合に該当するときは、それぞれ当該イからハまでに定める者が、第八条第一項第一号から第三号まで又は第五号のいずれかに該当するに至ったとき。

イ　営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者である場合　法定代理人（法人である場合においては、その役員を含む。）
ロ　法人である場合　役員又は第八条第一項第七号の政令で定める使用人
ハ　個人である場合　第八条第一項第八号の政令で定める使用人
三　不正な手段により第五条第一項の登録を受けたとき。
2　都道府県知事は、登録事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録事業の登録を取り消すことができる。
一　第九条第一項又は第十一条第三項の規定に違反したとき。
二　前条の規定による指示に違反したとき。
3　都道府県知事は、前二項の規定により登録を取り消したときは、遅滞なく、その旨を当該登録事業者であった者に通知しなければならない。

（所在不明者等の登録の取消し）
第二十七条　都道府県知事は、登録事業者の事務所の所在地又は当該登録事業者の所在（法人である場合においては、その役員の所在）を確知できない場合において、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより、その事実を公告し、その公告の日から三十日を経過しても当該登録事業者から申出がないときは、その登録事業の登録を取り消すことができる。
2　前項の規定による処分については、行政手続法 （平成五年法律第八十八号）第三章 の規定は、適用しない。

第五節　指定登録機関

（指定登録機関の指定等）
第二十八条　都道府県知事は、その指定する者（以下「指定登録機関」という。）に、サービス付き高齢者向け住宅事業の登録及び登録簿の閲覧の実施に関する事務（前節の規定による事務を除く。以下「登録事務」という。）の全部又は一部を行わせることができる。
2　指定登録機関の指定（以下この節において単に「指定」という。）は、登録事務を行おうとする者の申請により行う。
3　都道府県知事は、指定をしたときは、指定登録機関が行う登録事務を行わないものとし、この場合における登録事務の引継ぎその他の必要な事項は、国土交通省令・厚生労働省令で定める。
4　指定登録機関が登録事務を行う場合における第五条から第十三条までの規定の適用については、これらの規定中「都道府県知事」とあるのは、「指定登録機関」とする。

（欠格条項）
第二十九条　次の各号のいずれかに該当する者は、指定を受けることができない。
一　未成年者、成年被後見人又は被保佐人
二　破産者で復権を得ないもの
三　禁錮以上の刑に処せられ、又はこの法律の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しない者
四　第三十八条第一項又は第二項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者
五　法人であって、その役員のうちに前各号のいずれかに該当する者があるもの

（指定の基準）
第三十条　都道府県知事は、当該都道府県の区域において他に指定登録機関の指定を受けた者がなく、かつ、指定の申請が次に掲げる基準に適合していると認めるときでなければ、指定をしてはならない。
一　職員、登録事務の実施の方法その他の事項についての登録事務の実施に関する計画が、登録事務の適確な実施のために適切なものであること。
二　前号の登録事務の実施に関する計画を適確に実施するに足りる経理的及び技術的な基礎を有するものであること。
三　登録事務以外の業務を行っている場合には、その業務を行うことによって登録事務の公正な実施に支障を及ぼすおそれがないものであること。

四　前三号に定めるもののほか、登録事務を公正かつ適確に行うことができるものであること。

（指定の公示等）

第三十一条　都道府県知事は、指定をしたときは、指定登録機関の名称及び住所、指定登録機関が行う登録事務の範囲、登録事務を行う事務所の所在地並びに登録事務の開始の日を公示しなければならない。

2　指定登録機関は、その名称若しくは住所又は登録事務を行う事務所の所在地を変更しようとするときは、変更しようとする日の二週間前までに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

3　都道府県知事は、前項の規定による届出があったときは、その旨を公示しなければならない。

（秘密保持義務等）

第三十二条　指定登録機関（その者が法人である場合にあっては、その役員。次項において同じ。）及びその職員並びにこれらの者であった者は、登録事務に関して知り得た秘密を漏らし、又は自己の利益のために使用してはならない。

2　指定登録機関及びその職員で登録事務に従事する者は、刑法（明治四十年法律第四十五号）その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

（登録事務規程）

第三十三条　指定登録機関は、登録事務に関する規程（以下「登録事務規程」という。）を定め、都道府県知事の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2　登録事務規程で定めるべき事項は、国土交通省令・厚生労働省令で定める。

3　都道府県知事は、第一項の認可をした登録事務規程が登録事務の公正かつ適確な実施上不適当となったと認めるときは、その登録事務規程を変更すべきことを命ずることができる。

（帳簿の備付け等）

第三十四条　指定登録機関は、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより、登録事務に関する事項で国土交通省令・厚生労働省令で定めるものを記載した帳簿を備え付け、これを保存しなければならない。

2　前項に定めるもののほか、指定登録機関は、国土交通省令・厚生労働省令で定めるところにより、登録事務に関する書類で国土交通省令・厚生労働省令で定めるものを保存しなければならない。

（監督命令）

第三十五条　都道府県知事は、登録事務の公正かつ適確な実施を確保するため必要があると認めるときは、指定登録機関に対し、登録事務に関し監督上必要な命令をすることができる。

（報告、検査等）

第三十六条　都道府県知事は、登録事務の公正かつ適確な実施を確保するため必要があると認めるときは、指定登録機関に対し登録事務に関し必要な報告を求め、又はその職員に、指定登録機関の事務所に立ち入り、登録事務の状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

2　前項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3　第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

（登録事務の休廃止）

第三十七条　指定登録機関は、都道府県知事の許可を受けなければ、登録事務の全部若しくは一部を休止し、又は廃止してはならない。

2　都道府県知事は、前項の許可をしたときは、その旨を公示しなければならない。

（指定の取消し等）

第三十八条　都道府県知事は、指定登録機関が第二十九条各号（第四号を除く。）のいずれかに該当するに至ったときは、その指定を取り消さなければならない。

2　都道府県知事は、指定登録機関が次の各号のいずれかに該当するときは、その指定を取り消し、又は期間を定めて登録事務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。
一　第二十八条第四項の規定により読み替えて適用する第七条、第八条、第九条第三項及び第四項（第十一条第四項においてこれらの規定を準用する場合を含む。）、第十条又は第十三条の規定に違反したとき。
二　第三十一条第二項、第三十四条又は前条第一項の規定に違反したとき。
三　第三十三条第一項の認可を受けた登録事務規程によらないで登録事務を行ったとき。
四　第三十三条第三項又は第三十五条の規定による命令に違反したとき。
五　第三十条各号に掲げる基準に適合していないと認めるとき。
六　登録事務に関し著しく不適当な行為をしたとき、又は法人にあってはその役員が登録事務に関し著しく不適当な行為をしたとき。
七　不正な手段により指定を受けたとき。
3　都道府県知事は、前二項の規定により指定を取り消し、又は前項の規定により登録事務の全部若しくは一部の停止を命じたときは、その旨を公示しなければならない。

（都道府県知事による登録事務の実施）
第三十九条　都道府県知事は、指定登録機関が第三十七条第一項の規定により登録事務の全部若しくは一部を休止したとき、前条第二項の規定により指定登録機関に対し登録事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき、又は指定登録機関が天災その他の事由により登録事務の全部若しくは一部を実施することが困難となった場合において必要があると認めるときは、第二十八条第三項の規定にかかわらず、登録事務の全部又は一部を自ら行うものとする。
2　都道府県知事は、前項の規定により登録事務を行うこととし、又は同項の規定により行っている登録事務を行わないこととするときは、その旨を公示しなければならない。
3　都道府県知事が、第一項の規定により登録事務を行うこととし、第三十七条第一項の規定により登録事務の廃止を許可し、若しくは前条第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消し、又は第一項の規定により行っている登録事務を行わないこととする場合における登録事務の引継ぎその他の必要な事項は、国土交通省令・厚生労働省令で定める。

（登録手数料）
第四十条　都道府県は、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百二十七条の規定に基づき登録に係る手数料を徴収する場合においては、第二十八条の規定により指定登録機関が行う登録を受けようとする者に、条例で定めるところにより、当該手数料を当該指定登録機関に納めさせることができる。
2　前項の規定により指定登録機関に納められた手数料は、当該指定登録機関の収入とする。

第六節　雑則

（独立行政法人住宅金融支援機構等の資金の貸付けについての配慮）
第四十一条　独立行政法人住宅金融支援機構及び沖縄振興開発金融公庫は、法令及びその事業計画の範囲内において、登録住宅の整備が円滑に行われるよう、必要な資金の貸付けについて配慮するものとする。

（資金の確保等）
第四十二条　国及び地方公共団体は、登録住宅の整備のために必要な資金の確保又はその融通のあっせんに努めるものとする。

（賃貸住宅等への円滑な入居のための援助）
第四十三条　都道府県知事は、登録事業者が破産手続開始の決定を受けたときその他入居者（入居者であった者を含む。）の居住の安定を図るため必要があると認めるときは、当該入居者に対し、他の適当な賃貸住宅又は有料老人ホームに円滑に入居するために必要な助言その他の援助を行うように努めるものとする。

国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則

（平成 23 年 8 月 12 日厚生労働省令・国土交通省令第 2 号）

（高齢者居宅生活支援事業に該当することとなる事業）
第１条　高齢者の居住の安定確保に関する法律施行令（以下「令」という。）第１条第５号の国土交通省令・厚生労働省令で定める事業は、次に掲げるものとする。
（1） 食事の提供に関する事業
（2） 調理、洗濯、掃除等の家事に関する事業
（3） 高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下「法」という。）第５条第１項の状況把握サービス（以下単に「状況把握サービス」という。）を提供する事業
（4） 心身の健康の維持及び増進に関する事業
（5） 法第５条第１項の生活相談サービス（以下単に「生活相談サービス」という。）を提供する事業
（6） 社会との交流の促進に関する事業
（7） 日常生活上必要なサービスの手配に関する事業

（高齢者居住安定確保計画に住民の意見を反映させるために必要な措置）
第２条　法第４条第５項の国土交通省令・厚生労働省令で定める方法は、高齢者居住安定確保計画の案及び当該案に対する住民の意見の提出方法、提出期限、提出先その他住民の意見の提出に必要な事項を、インターネットの利用、印刷物の配布その他適切な手段により住民に周知する方法とする。

（年齢その他の要件）
第３条　法第５条第１項の国土交通省令・厚生労働省令で定める年齢その他の要件は、60 歳以上の者又は介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 19 条第１項に規定する要介護認定（以下単に「要介護認定」という。）若しくは同条第２項に規定する要支援認定（以下単に「要支援認定」とい う。）を受けている 60 歳未満の者であって、次に掲げる要件のいずれかに該当する者であることとする。
（1） 同居する者がない者であること。
（2） 同居する者が配偶者（婚姻の届出をしていないが事実上夫婦と同様の関係にあるものを含む。以下この号において同じ。）、60 歳以上の親族（配偶者を除く。以下この号において同じ。）、要介護認定若しくは要支援認定を受けている 60 歳未満の親族又は入居者が病気にかかっていることその他特別の事情により当該入居者と同居させることが必要であると都道府県知事が認める者であること。

（サービス付き高齢者向け住宅事業の登録申請書）
第４条　法第６条第１項の申請書の様式は、別記様式第１号とする。

（高齢者生活支援サービス）
第５条　法第６条第１項第 10 号の国土交通省令・厚生労働省令で定める高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスは、次に掲げるものとする。
（1） 状況把握サービス
（2） 生活相談サービス
（3） 入浴、排せつ、食事等の介護に関するサービス
（4） 食事の提供に関するサービス
（5） 調理、洗濯、掃除等の家事に関するサービス
（6） 心身の健康の維持及び増進に関するサービス

（登録申請書の記載事項） 第６条　法第６条第１項第 15 号の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項は、次に掲げるものとする。
（1） サービス付き高齢者向け住宅の名称
（2） 竣工の年月
（3） 法第６条第１項第 12 号の入居契約（以下単に「入居契約」という。）の形態

（4） サービス付き高齢者向け住宅若しくは高齢者生活支援サービスの提供の用に供するための施設又はこれらの存する土地（以下「サービス付き高齢者向け住宅等」という。）に関する権利の種別及び内容

（5） サービス付き高齢者向け住宅の管理又は高齢者生活支援サービスの提供を委託により他の事業者に行わせる場合にあっては、当該事業者の商号、名称又は氏名、住所及び委託契約に係る事項

（6） サービス付き高齢者向け住宅の維持及び修繕に関する計画

（7） サービス付き高齢者向け住宅事業に係る法第 52 条の認可の有無

（8） サービス付き高齢者向け住宅の敷地又は当該敷地に隣接する土地に存する高齢者居宅生活支援事業の用に供するための施設（以下「高齢者居宅生活支援施設」という。）の名称、位置及び種類

（9） 登録を受けようとする者が、介護保険法第8条第 11 項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う事業所に係る同法第 41 条第1項の指定、同法第8条第 19 項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護の事業を行う事業所に係る同法第42条の2第1項の指定又は同法第8条の2第11項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う事業所に係る同法第 53 条第1項の指定を受けている場合にあっては、その旨

（10） 登録の申請が基本方針（サービス付き高齢者向け住宅が高齢者居住安定確保計画が定められている都道府県の区域内のものである場合にあっては、基本方針及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

（登録申請書に添付する書類）

第7条　法第6条第2項の国土交通省令・厚生労働省令で定める書類（以下「添付書類」という。）は、次に掲げるものとする。

（1） サービス付き高齢者向け住宅の位置を表示した付近見取図

（2） 縮尺、方位並びにサービス付き高齢者向け住宅及びその敷地又は当該敷地に隣接する土地に存する高齢者居宅生活支援施設のそれぞれの敷地内における位置を表示した図面

（3） 縮尺、方位、サービス付き高齢者向け住宅の間取り、各室の用途及び設備の概要を表示した各階平面図

（4） サービス付き高齢者向け住宅の加齢対応構造等を表示した書類

（5） 入居契約に係る約款

（6） 登録を申請しようとする者が、サービス付き高齢者向け住宅等を自ら所有する場合にあっては、その旨を証する書類

（7） サービス付き高齢者向け住宅の管理又は高齢者生活支援サービスの提供を委託により他の事業者に行わせる場合にあっては、委託契約に係る書類

（8） 登録を申請しようとする者が法人である場合においては、登記事項証明書及び定款

（9） 法第7条第1項第6号及び第7号に掲げる基準に適合することを誓約する書面

（10） 法第7条第1項第8号に掲げる基準に適合することを証する書類

（11） 登録を受けようとする者（法人である場合においては当該法人、その役員及び使用人（令第2条に規定する使用人をいう。以下この号において同じ。）、 個人である場合においてはその者及び使用人）及び法定代理人が法第8条第1項各号に掲げる欠格要件に該当しない者であることを誓約する書面

（12） その他都道府県知事が必要と認める書類

（規模の基準）

第8条　法第7条第1項第1号の国土交通省令・厚生労働省令で定める規模は、各居住部分が床面積 25 平方メートル（居間、食堂、台所その他の居住の用に供する部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合にあっては、18 平方メートル）とする。

（構造及び設備の基準）

第9条　法第7条第1項第2号の国土交通省令・厚生労働省令で定める基準は、原則として、各居住部分が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであることとする。ただし、共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えることにより、各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合にあっては、各居住部分が台所、収納設備又は浴室を備えたものであることを要しない。

（加齢対応構造等の基準）
第10条　法第7条第1項第3号の国土交通省令・厚生労働省令で定める基準は、既存の建物の改良（用途の変更を伴うものを含む。）により整備されるサービス付き高齢者向け住宅に係る法第5条第1項の登録が行われる場合において、建築材料又は構造方法により、法第 54 条第1号ロに規定する基準をそのまま適用することが適当でないと認められる加齢対応構造等である構造及び設備について適用されるものであって、次に掲げるものとする。
（1） 床は、原則として段差のない構造のものであること。
（2） 居住部分内の階段の各部の寸法は、次の各式に適合するものであること。
T≧19.5
R／T≦22／21
55≦T＋2R≦65
T及びRは、それぞれ次の数値を表すものとする。以下同じ。
T　踏面の寸法（単位センチメートル）
R　けあげの寸法（単位センチメートル）
（3） 主たる共用の階段の各部の寸法は、次の各式に適合するものであること。
T≧24
55≦T＋2R≦65
（4） 便所、浴室及び居住部分内の階段には、手すりを設けること。
（5） その他国土交通大臣及び厚生労働大臣の定める基準に適合すること。

（状況把握サービス及び生活相談サービスの基準）
第 11 条　法第7条第1項第5号の国土交通省令・厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。
（1） イ及びロに掲げる者のいずれかが、原則として、夜間を除き、サービス付き高齢者向け住宅の敷地又は当該敷地に隣接する土地に存する建物に常駐し、状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること。
イ　医療法人、社会福祉法人、介護保険法第 41 条第1項に規定する指定居宅サービス事業者、同法第 42 条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者、同法第 46 条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第 53 条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者、同法第 54 条の2第1項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは同法第 58 条第1項に規定する指定介護予防支援事業者が、登録を受けようとする者である場合又は登録を受けようとする者から委託を受けて状況把握サービス若しくは生活相談サービスを提供する場合（医療法人にあっては、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 42 条の2第1項に規定する社会医療法人が提供する場合に限る。）にあっては、当該サービスに従事する者
ロ　イに規定する場合以外の場合にあっては、医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員又は介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 22 条の 23 第1項の1級課程若しくは2級課程を修了した介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条第1項の養成研修修了者
（2） 少なくとも前号イ又はロに掲げる者がサービス付き高齢者向け住宅の敷地又は当該敷地に隣接する土地に存する建物に常駐していない時間においては、各居住部分に、入居者の心身の状況に関し必要に応じて通報する装置を設置して状況把握サービスを提供すること。

（家賃等の前払金の返還方法）
第 12 条　法第7条第1項第6号ホの国土交通省令・厚生労働省令で定める一定の期間は、次に掲げるものとする。
（1） 入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合にあっては、3月
（2） 入居者の入居後、法第7条第1項第6号ニの家賃等の前払金の算定の基礎として想定した入居者が入居する期間が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合（前号の場合を除く。）にあっては、当該期間
2　法第7条第1項第6号ホの国土交通省令・厚生労働省令で定める方法は、次に掲げるものとする。
（1） 前項第1号に掲げる場合にあっては、法第6条第1項第 12 号の家賃等（以下単に「家賃等」という。）の月額を 30 で除した額に、入居の日から起算して契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した日までの日数を乗じる方法

（2） 前項第2号に掲げる場合にあっては、契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した日以降の期間につき日割計算により算出した家賃等の金額を、家賃等の前払金の額から控除する方法

（法第7条第1項第6号への国土交通省令・厚生労働省令で定める理由）
第 13 条　法第7条第1項第6号への国土交通省令・厚生労働省令で定める理由は、次に掲げるものとする。ただし、当該理由が生じた後に、入居者及び登録事業者が居住部分の変更又は入居契約の解約について合意した場合は、この限りでない。
（1） 入居者の病院への入院
（2） 入居者の心身の状況の変化

（必要な保全措置）
第 14 条　法第7条第1項第8号の必要な保全措置は、家賃等の前払金に係る債務の銀行による保証その他の国土交通大臣及び厚生労働大臣が定める措置とする。

（高齢者居住安定確保計画で定める事項）
第 15 条　都道府県は、国土交通大臣及び厚生労働大臣が定める基準に従い、高齢者居住安定確保計画で、第8条から第 11 条までの規定による基準を強化し、又は緩和することができる。
2　都道府県は、国土交通大臣及び厚生労働大臣が定める基準に従い、高齢者居住安定確保計画で、第 12 条第1項第1号の規定による期間を延長することができる。

（登録事項等の変更の届出）
第 16 条　法第9条第1項の規定による変更の届出は、別記様式第2号による登録事項等変更届出書により行うものとする。
2　法第9条第2項の国土交通省令・厚生労働省令で定める書類は、添付書類のうちその記載事項が変更されたものとする。

（地位の承継）
第 17 条　前条の規定は、登録事業者の地位を承継した者が法第 11 条第3項の規定による届出をする場合に準用する。この場合において、前条第1項中「法第9条第1項」とあるのは「法第 11 条第3項」と、前条第2項中「法第9条第2項」とあるのは「法第 11 条第4項において準用する法第9条第2項」と読み替えるものとする。

（誇大広告の禁止）
第 18 条　法第 15 条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項は、高齢者生活支援サービスの内容その他の登録事項及び添付書類の記載事項とする。

（登録事項の公示方法）
第 19 条　法第 16 条の規定による公示は、インターネットの利用又は公衆の見やすい場所に掲示することにより行うものとする。

（契約締結前の書面の交付及び説明）
第 20 条　法第 17 条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項は、次に掲げるものとする。
（1） 入居契約が賃貸借契約でない場合にあっては、その旨
（2） 入居契約の内容に関する事項
（3） 登録事業者が第6条第9号に該当する場合にあっては、介護保険法第 115 条の 35 第1項に規定する介護サービス情報
（4） 家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間
（5） 前号の期間中において、契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合における家賃等の前払金の返還額の推移

（帳簿）
第 21 条　法第 19 条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項は、次に掲げるものとする。

（1） 登録住宅の修繕及び改修の実施状況
（2） 入居者からの金銭の受領の記録
（3） 入居者に提供した高齢者生活支援サービスの内容
（4） 緊急やむを得ず入居者に身体的拘束を行った場合にあっては、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由
（5） 入居者に提供した高齢者生活支援サービスに係る入居者及びその家族からの苦情の内容
（6） 高齢者生活支援サービスの提供により入居者に事故が発生した場合にあっては、その状況及び事故に際して採った処置の内容
（7） サービス付き高齢者向け住宅の管理又は高齢者生活支援サービスの提供を委託により他の事業者に行わせる場合にあっては、当該事業者の商号、名称又は氏名及び住所並びに委託に係る契約事項及び業務の実施状況
2　前項各号に掲げる事項が、電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスクに記録され、必要に応じ登録事業者において電子計算機その他の機器を用いて明確に紙面に表示されるときは、当該記録をもって法第十９条の帳簿（次項において単に「帳簿」という。）への記載に代えることができる。
3　登録事業者は、帳簿（前項の規定による記録が行われた同項のファイル又は磁気ディスクを含む。）を各事業年度の末日をもって閉鎖するものとし、閉鎖後２年間保存しなければならない。

（登録事業者の遵守すべき事項）
第 22 条　法第 20 条の登録事業者の遵守すべき事項は、次に掲げるものとする。
（1） 登録事業の業務に関して広告をする場合にあっては、国土交通大臣及び厚生労働大臣が定める表示についての方法を遵守すること。
（2） 登録事項に変更があったとき、又は添付書類の記載事項に変更があったときは、入居者に対し、その変更の内容を記載した書面を交付して説明すること。ただし、軽微な変更については、この限りでない。

（公告の方法）
第 23 条　法第 27 条第１項の規定による公告は、都道府県（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 19 第１項の指定都市及び同法第 252 条の 22 第１項の中核市においては、それぞれ指定都市又は中核市（以下「指定都市等」という。））の公報によるものとする。

（登録事務の引継ぎ）
第 24 条　都道府県知事は、法第 28 条第３項に規定する場合にあっては、次に掲げる事項を行わなければならない。
（1） 登録事務を指定登録機関に引き継ぐこと。
（2） 登録簿及び登録事務に関する書類を指定登録機関に引き継ぐこと。
（3） その他都道府県知事が必要と認める事項

（登録事務規程の記載事項）
第 25 条　法第 33 条第２項の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項は、次に掲げるものとする。
（1） 登録事務を行う時間及び休日に関する事項
（2） 登録事務を行う事務所に関する事項
（3） 手数料の収納の方法に関する事項
（4） 登録事務の実施の方法に関する事項
（5） 登録の結果の通知に関する事項
（6） 登録簿並びに登録事務に関する帳簿及び書類の管理に関する事項
（7） その他登録事務の実施に関し必要な事項

（帳簿）
第 26 条　法第 34 条第１項の登録事務に関する事項で国土交通省令・厚生労働省令で定めるものは、次に掲げるものとする。
（1） 登録の申請をした者の商号、名称又は氏名及び住所
（2） 登録の申請に係るサービス付き高齢者向け住宅の位置

（3） 登録の申請を受けた年月日
（4） 登録又は拒否の別
（5） 拒否の場合には、その理由
（6） 登録を行った年月日
（7） 登録番号
（8） 登録の内容
（9） その他登録事務に関し必要な事項
2 前項各号に掲げる事項が、電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスクに記録され、必要に応じ指定登録機関において電子計算機その他の機器を用いて明確に紙面に表示されるときは、当該記録をもって法第34条第1項の帳簿（次項において単に「帳簿」という。）への記載に代えることができる。
3 指定登録機関は、帳簿（前項の規定による記録が行われた同項のファイル又は磁気ディスクを含む。）を、登録事務の全部を廃止するまで保存しなければならない。

（書類の保存）
第27条 法第34条第2項の登録事務に関する書類で国土交通省令・厚生労働省令で定めるものは、次に掲げるものとする。
（1） 登録の申請に係る書類
（2） 法第13条第1項第1号の規定による登録の抹消の申請に係る書類
（3） その他都道府県知事が必要と認める書類
2 前項各号に掲げる書類が、電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスクに記録され、必要に応じ指定登録機関において電子計算機その他の機器を用いて明確に紙面に表示されるときは、当該記録をもって同項の書類に代えることができる。
3 指定登録機関は、第1項の書類（前項の規定による記録が行われた同項のファイル又は磁気ディスクを含む。）を、登録事務の全部を廃止するまで保存しなければならない。

（登録事務の引継ぎ）
第28条 指定登録機関は、法第39条第3項に規定する場合にあっては、次に掲げる事項を行わなければならない。
（1） 登録事務を都道府県知事に引き継ぐこと。
（2） 登録簿並びに登録事務に関する帳簿及び書類を都道府県知事に引き継ぐこと。
（3） その他都道府県知事が必要と認める事項

（大都市等の特例）
第29条 この省令中都道府県知事の権限に属する事務は、指定都市等においては、当該指定都市等の長が行うものとする。この場合においては、この省令中都道府県知事に関する規定は、指定都市等の長に関する規定として指定都市等の長に適用があるものとする。

別記様式第1号（第4条関係）
別記様式第2号（第16条関係）

附 則
1 この省令は、高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律の施行の日（平成23年10月20日）から施行する。
2 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行令第1条第5号に規定する事業等を定める省令（平成21年厚生労働省・国土交通省令第2号）は、廃止する。

北海道におけるサービス付き高齢者向け住宅事業の登録に係る運用基準

平成２４年１１月１日 施行

北海道におけるサービス付き高齢者向け住宅事業を登録する場合の高齢者の居住の安定確保に関する法律第７条（登録の基準等）の規定及び国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（以下「規則」という。）第８条（規模の基準）、第９条（構造及び設備の基準）の規定に係る運用基準を次のとおりとする。
なお、この基準は北海道が所管する区域内に適用するものとする。

１．各居住部分の基準
（１）床面積は、壁芯により算定したものであること。
（２）洗面設備は台所設備等他の設備と共用となっていないこと。
（３）パイプスペース等については小規模なもの（各居住部分につき床面積の合計概ね０．５㎡以下）は専用部分の面積に含むことができる。ただし、共用部分から点検等を 行うものについては、専用部分に含むことはできない。

２．規則第８条の規定による「居間、食堂、台所その他の居住部分に供する部分が高齢者が 共同して利用するため十分な面積を有する場合」の基準
（１）共同利用の居間・食堂・台所部分の床面積を、２５㎡未満となる住戸数で除した値が、２㎡以上であること。
（２）２５㎡以上の住戸の入居者も共同利用する場合にあっては、それらの者を含め利用に支障の無い広さを確保すること。

３．規則第９条ただし書の規定による「共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えることにより、各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合」の基準
（１）共同利用の台所を備えることにより、同等以上の居住環境とみなす基準
①食事提供サービスを実施している場合において、台所設備のない住戸数概ね２０戸につき１戸が同時に利用できる台所設備が備えられていること。
②共同利用の台所設備は、台所設備のない住戸のある階毎に備えられなければならない。ただし、エレベーターなどによる入居者の円滑な移動が可能な場合はこの限りでない。
③共同利用の台所設備は、施設管理者によって適切に管理され、良好な衛生状況が確保されていること。
④食事提供サービスを実施していない場合は、当該住戸の半数以上が同時に利用できる共同利用の台所設備が備えられていること。

（２）共同利用の浴室を備えることにより、同等以上の居住環境とみなす基準
①共同利用の浴室の洗い場の数の合計は、浴室のない住戸数概ね１０戸につき１箇所以上備えられていること。ただし、入居者の身体の清潔が維持されるよう、入居者 （要介護者等）の身体状況等に応じ適切に計画及び管理される場合においては、この限りではない。
②共同利用の浴室は、浴室のない住戸のある階毎に備えられていること。ただし、エレベーターなどによる入居

者の円滑な移動が可能な場合はこの限りでない。

③共同利用の浴室は、施設管理者によって適切に管理され、良好な衛生環境が保たれていること。

（3）共同利用の収納設備を備えることにより、同等以上の居住環境とみなす基準

①共同利用の収納設備は、収納設備のない住戸別に利用しやすい適切な位置に設け、かつ、入居者が自ら施錠管理できる構造であること。ただし、各住戸に収納設備が ある場合はこの限りでない。

②共同利用の収納設備は、適切な高さに設けられるなど、高齢者の安全に配慮されたものであること。

4．留意事項

（1）共同利用部分の取り扱い

①入居者が自由に若しくは同意する管理状況の下で自由に利用できる共同利用部分とする。

②共用廊下や共用玄関などの経路、食事提供サービスの厨房、機械室など、入居者が住生活の利便の向上を目的に直接利用するものでない部分は含まない。

北海道有料老人ホーム設置運営指導指針

第１　趣　旨

この指針は、北海道有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成14年10月25日高福第389号保健福祉部長通知）第３に規定する有料老人ホーム（高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第５条第１項の登録を受けているものを除く。）の設置運営に関する指導の基準となる事項を定めるものとする。

第２　基本的事項

有料老人ホームの事業を計画するに当たっては、次の事項に留意すること。

１　有料老人ホーム経営の基本姿勢としては、入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保していくことが求められること。特に、介護サービスを提供する有料老人ホームにあっては、より一層、入居者の個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図ることが求められること。

また、老人福祉法の帳簿の作成及び保存、情報の開示、権利金等の受領の禁止並びに前払金の保全措置及び返還に関するの規定を遵守するとともに、入居者等に対し、サービス内容等の情報を開示するなどにより施設運営について理解を得るように努め、入居者等の信頼を確保することが求められること。

２　本指針を満たすだけでなく、より高い水準の施設運営に向けて努力することが期待されること。

３　介護保険法（平成９年法律第123号）第70条、第78条の２又は第115条の２の規定により特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者又は介護予防特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けた有料老人ホームにあっては、本指針に規定することのほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第37号）、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第34号）又は「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効率的な支援の方法に関する基準」（平成18年厚生労働省令第35号）のうち当該施設に該当する基準を遵守すること。

４　都市計画法（昭和43年法律第100号）による開発許可若しくは建築許可申請前又は開発許可対象外の場合については、建築確認申請前から設置予定地の市町村及び道の建設行政担当部署と十分な事前協議を行うこと。

５　建築確認後速やかに知事への届出を行うこと。

６　知事への届出後に入居募集を行うこと。

７　有料老人ホームの設置時に老人福祉法第29条第1項に規定する届出を行っていない場合や、本指針に基づく指導を受けている場合は、当該届出を行った上で、本指針の遵守に向け計画的に運営の改善を図ること。

第３　設置主体

設置者は、次に掲げる要件を具備した法人でなければならない。

(1) 有料老人ホームの設置主体は、老人福祉施設の場合と異なり、地方公共団体及び社会福祉法人に限定されるものではないこと。

(2) 公益法人にあっては、有料老人ホームの事業を行うに当たって主務官庁の承認を得ていること。

(3) 事業を確実に遂行できるような経営基盤が整っているとともに社会的信用の得られる経営主体であること。

(4) 個人経営又は少数の個人株主等による独断専行的な経営が行われる可能性のある体制でないこと。

(5) 他業を営んでいる場合には、その財務内容が適正であること。

(6) 役員等の中には、有料老人ホームの運営について知識、経験を有する者等を参画させ、入居者に対し、健全な環境のもとで、事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な処遇を行うよう努めること。

さらに、介護サービスを提供する有料老人ホームにあっては、役員等の中に高齢者の介護について知識、経験を有する者を参画させるなど介護サービスが適切に提供される運営体制が確保されていること。

第４　立地条件

１　設置区域

(1) 入居者が健康で安全な生活を維持できるよう、交通の利便性、地域の環境、災害に対する安全性及び医療機関等との連携等を考慮して立地すること。特に有料老人ホームは、利用者である高齢者が介護等のサービスを受けながら長期間にわたり生活する場であることから、住宅地から遠距離であったり、入居者が外出する際に不便が生じるような地域に立地することは好ましくないこと。

２　土地及び建物

(1) 有料老人ホームの事業の用に供する土地及び建物については、有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他の有料老人ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないことが登記簿謄本及び必要に応じた現地調査等により確認できること。

(2) 借地・借家により有料老人ホームを設置する場合には、入居契約の契約期間中における入居者の居住の継続を確実なものとするため、契約関係について次の要件を満たすこと。

なお、借地・借家等の契約関係が複数になる場合にあっては、土地信託方式、生命保険会社による新借地方式及び実質的には二者間の契約関係と同一視できる契約関係であって当該契約関係が事業の安定に資する等やむを得ないと認められるものに限られること。

また、定期借地・借家契約による場合には、入居者との入居契約の契約期間が当該借地・借家契約の契約期間を超えることがないようにするとともに、入居契約に際して、その旨を十分説明すること。

なお、入居者との入居契約期間の定めない場合には、定期借地・借家契約ではなく、通常の借地・借家契約とすること。

ア　借地の場合

(ｱ) 有料老人ホーム事業のための借地であること及び土地の所有者は有料老人ホーム事業の継続について協力する旨を契約上明記すること。

(ｲ) 建物の登記が行われているほか、地上権又は賃借権の登記等により、設置者の法律上

の対抗要件が具備されていること。

(ｳ) 入居者との入居契約期間の定めがない場合には、当初契約の契約期間は３０年以上であることとし、自動更新条項が契約に入っていること。

(ｴ) 無断譲渡、無断転貸の禁止条項が契約に入ってること。

(ｵ) 増改築の禁止特約がないこと、又は、増改築について当事者が協議し土地の所有者は特段の事情がない限り増改築につき承諾を与える旨の条項が契約に入っていること。

(ｶ) 賃料改定の方法が長期に渡り定まっていること。

(ｷ) 相続、譲渡等により土地の所有者が変更された場合であっても、新たな所有者に対して当該契約の内容が継承される旨の条項が契約に入っていること。

(ｸ) 借地人に著しく不利な契約条件が定められていないこと。

イ　借家の場合

(ｱ) 有料老人ホーム事業のための借家であること及び建物の所有者は有料老人ホーム事業の継続について協力する旨を契約上明記すること。

(ｲ) 入居者との入居契約期間に定めがない場合には、当初契約の契約期間は２０年以上であることとし、更新後の契約期間（極端に短期間でないこと）を定めた自動更新条項が契約に入っていること。

(ｳ) 無断譲渡、無断転貸の禁止条項が契約に入っていること。

(ｴ) 賃料改定の方法が長期に渡り定まっていること。

(ｵ) 相続、譲渡等により建物の所有者が変更された場合であっても、新たな所有者に対して当該契約の内容が継承される旨の条項が契約に入っていること。

(ｶ) 借家人に著しく不利な契約条件が定められていないこと。

(ｷ) 入居者との入居契約期間の定めがない場合には、建物の優先買取権が契約に定められていることが望ましいこと。

第５　規模及び構造設備

１　建物は、入居者が快適な日常生活を営むのに適した規模及び構造設備を有すること。

２　建物は、建築基準法（昭和25年法律第201号）に規定する耐火建築物又は準耐火建築物とし、かつ、建築基準法、消防法（昭和23年法律第186号）等に定める避難設備、消火設備、警報設備その他地震、火災、ガスもれ等の防止や事故・災害に対応するための設備を十分設けること。

また、緊急通報装置を設置する等により、入居者の急病等緊急時の対応を図ること。

３　２の規定にかかわらず、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見により、次の各号のいずれかの用件を満たす木造かつ平屋建ての有料老人ホームの建物であって、火災に係る入居者の安全性が確保されていると認められるときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。

(1)　スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が派生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び燃焼の抑制に配慮した構造であること。

(2)　非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること。

(3) 避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増

員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。

4　建物の設計に当たっては、本指針に定めるもののほか、「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針」（平成13年国土交通省告示第1301号）を参考として、入居者の身体機能の低下や障害が生じた場合にも対応できるよう配慮すること。

5　建物の配置及び構造は、日照、採光、換気等利用者の保健衛生について十分考慮されたものであること。

6　有料老人ホームが提供するサービス内容に応じ、次の機能を有する設備を設けること。
居室、一時介護室、食堂、浴室[注1]、便所[注1]、洗面設備[注1]、医務室(又は健康管理室)、談話室（又は応接室)、事務室、宿直室、洗濯室、汚物処理室、看護・介護職員室、機能訓練室、健康・生きがい施設[注2]

注１：居室内に設置されている場合を含む。
注２：入居者が健康で生きがいを持って生活することに資するため、例えば、スポーツ、レクリエーション施設、図書室等を設けることが望ましい。

7　６に定める設備及びその他設備に関する基準は、次の各号によること。

(1)　居室
ア　居室は、原則として個室（一人用又は夫婦等で居住するもの）とし、１居室の面積は概ね生活に十分な広さを有する１４．８５平方メートル（収納スペース、洗面所及び便所等を除いた有効面積）以上とすること。
イ　各個室は、建築基準法第30条の規定に基づく界壁により区分されたものとすること。
ウ　地階に設けないこと。
エ　１以上の出入口は避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

(2)　一時介護室
一時介護室とは一時的な介護サービスを提供するための専用の居室であり、入居者の状況等に応じて適切な数を確保すること。
なお、居室で一時的な介護への対応が可能である場合は一時介護室を設置しないことができる。

(3)　医務室（又は健康管理室）
医務室を設置する場合は、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第１６条に規定する診療所の構造設備の基準に適合したものとすること。

(4)　食堂
入居定員に応じた広さ（車いすで利用することを勘案し、１人当たり２㎡以上を目安)、座席数を確保すること。

(5)　浴室
身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。

(6)　便所
ア　身体の不自由な者が使用するのに適したものとするとともに緊急通報装置を備えること。
イ　洋式とすること。
ウ　換気設備を設けること。
エ　共用の場合は、居室のある階ごとに居室に近接して男女別に設置するとともに、常夜

灯を設けること。

(7)　機能訓練室

他に機能訓練を行うために適当な広さを確保できる場合には設置しないことができる。この場合にあっても、機能訓練に必要な機器、備品を備えること。

(8)　介護が必要な者の入居が想定される居室のある区域の廊下

片廊下にあっては１．８メートル以上、中廊下にあっては２．７メートル以上とすること。

(9)　手すり

廊下（両側）、階段（両側）、浴室、便所、エレベーター等に設置するとともに位置、形状、取付方法、材質にも配慮すること。

(10)　ナースコール等通報装置

居室（居間、浴室、便所）、浴室、便所、一時介護室、エレベーター等に設置するとともに位置、使いやすさ等にも配慮すること。

(11)　エレベーター

少なくとも１基はストレッチャーを収納できるよう配慮すること。

８　既存の建物を転用して開設される有料老人ホーム及び定員９人以下の有料老人ホームについて、建物の構造上７に定める基準を満たすことが困難である場合においては、すべての居室が個室であり、かつ代替の措置を講ずること等により同等の効果が得られると認められるときは、この基準によらないことができること。

９　高齢者の居住の安定確保に関する法律の一部を改正する法律（平成23年法律第74号。以下「改正法」という。）の施行（平成23年10月20日）の際現に改正法による改正前の高齢者の居住の安定確保に関する法律第４条の規定する高齢者円滑入居賃貸住宅の登録を受けている高齢者専用賃貸住宅であった有料老人ホームについては、２、３、６及び７の基準を適用しない。ただし、建築基準法、消防法等に定める避難設備、消火設備、警報設備その他地震、火災、ガスもれ等の防止や事故、災害に対応するための設備の十分に設けるとともに、緊急通報装置を設置する等により、入居者の急病等緊急時に対応を図ること。

第６　職員の配置等

１　職員の配置

(1)　有料老人ホームには、入居者の人数及び提供するサービス内容に応じ、その呼称にかかわらず、次に掲げる職員を配置しなければならない。

施設長、事務員、生活相談員、介護職員、看護職員（看護師又は准看護師）、機能訓練指導員、栄養士 、調理員

(2)　入居者の実態に則し、夜間の介護、緊急時に対応できる数の職員を配置すること。

(3)　介護サービスを提供する有料老人ホームの場合は、上記の他、次によること。

ア　要介護者等を直接処遇する職員（介護職員及び看護職員をいう。以下「直接処遇職員」という。）については、介護サービスの安定的な提供に支障のない職員体制とすること。

イ　看護師は入居者の健康管理に必要な数を配置すること。ただし、看護師の確保が困難な場合には、准看護師を充てることができるものとすること。

ウ　施設長等の介護サービスの責任者の地位にある者は、高齢者の介護について知識、経験を有する者であること。

２　職員の研修

職員に対しては、採用時及び採用後において定期的に研修を実施すること。特に生活相談員及び直接処遇職員については、高齢者の心身の特性、実施するサービスのあり方及び内容、介護に関する知識及び技術、作業手順等について研修を行うこと。

3　職員の衛生管理

職員の心身の健康に留意し、職員の疾病の早期発見及び健康状態の把握のために、採用時及び採用後において定期的に健康診断を行うとともに、就業中の衛生管理について十分な点検を行うこと。

第７　施設の管理・運営

1　管理規程等の制定

入居者の定員、利用料、サービスの内容及びその費用負担、介護を行う場合の基準、医療を要する場合の対応などを明示した管理規程等を設けること。

2　名簿等の整備

入居者及びその身元引受人等の氏名及び連絡先を明らかにした名簿並びに設備、職員、会計及び入居者の状況（処遇状況を含む）に関する帳簿を整備するものとする。入居者、その身元引受人等の個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守すること。

また、老人福祉法第29条第４項の規定を遵守し、費用の受領の記録、提供したサービスの内容、提供したサービスに係る苦情に関する記録等の事項については帳簿を作成し、２年間保存すること。

3　緊急時の対応

事故、災害及び急病、負傷に迅速かつ適切に対応できるような具体的な計画を立てるとともに、避難等必要な訓練を定期的に行うこと。

4　入居者の安否確認

入居者の安否確認については、安全・安心の確保の観点のみならず、プライバシーの確保ついて十分に考慮する必要があることから安否確認の方法等については、運営懇談会その他の機会を通じて入居者の意向の確認、意見交換等を行い、できる限りそれを尊重したものとすること。

5　医療機関等との連携

医療機関と協力契約を結び、当該協力医療機関との協力内容、当該協力医療機関の診療科目等について入居者に周知しておくこと。また、協力内容に医師の訪問による健康相談、健康診断が含まれていない場合には定期的に来訪し、入居者の健康相談、健康診断を行う嘱託医を確保しておくこと。なお、協力歯科医療機関を定めるよう努めること。

6　非常災害対策

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知すること。

7　感染症対策等

感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じること。

(1)　感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を１月に１回程度、定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員等の職員に周知徹底を図ること。

(2)　感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

(3)　介護職員等の職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的に実施すること。

(4)　(1)～(3)に掲げるもののほか、社会福祉施設に準じた対応を行うこと。

8　事故発生の防止及び発生時の対応

事故の発生又はその再発を防止するため、次に定める措置を講じること。

(1)　事故が発生した場合の対応、(2)に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

(2)　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通した改善策について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。

(3)　事故発生の防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行うこと。

(4)　入居者に対する処遇により事故が発生した場合は、速やかに道及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。

(5) (4)の事故の状況及び事故に際してとった措置について記録すること。

9　運営懇談会の設置等

施設長、職員及び入居者代表により組織する運営懇談会を設けるとともに、入居者のうちの要介護者等についてはその身元引受人等に対し出席を呼びかけること。また、施設の運営について外部からの点検が働くよう、施設関係者及び入居者以外の第三者的立場にある学識経験者、民生委員などを加えるよう努めること。

運営懇談会では、入居者の状況、サービス提供の状況及び管理費、食費の収支等の内容等を定期的に報告し、説明するとともに、入居者の要望、意見を運営に反映させるよう努めること。

第８　サービス

入居者に対して、契約内容に基づき、食事、相談助言、健康管理、治療への協力、介護、機能訓練、レクリエーション等に関し、その心身の状況に応じた適切なサービスが提供されること。

1　各サービスの提供に当たっての基準は次によること。

(1)　食事サービス

ア　高齢者に適した食事を提供すること。

イ　栄養士による献立表を作成すること。

ウ　食堂において食事をすることが困難な入居者に対しては、居室において食事を提供するなど必要な配慮を行うこと。

エ　病弱者に対する献立については、必要に応じ、医師の指導を受けること。

(2)　相談・助言等

入居時には、心身の健康状況等について調査を行い、入居後は入居者及び身元引受人等の各種の相談に応ずるとともに適切な助言等に努めること。

(3)　健康管理と治療への協力

ア　入居時及び１年に２回以上健康診断を受ける機会を与えるとともに、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとるよう努めること。また、健康診断及び健康保持のための措置の記録を適切に保存しておくこと。

イ　入居者が一時疾病等のため日常生活に支障がある場合には介助等日常生活の世話が行えるよう配慮するとともに、医療機関での治療が必要な場合には適切な治療が受けられるよう医療機関への連絡、紹介、受診手続き、通院介助等の協力に努めること。

(4)　介護サービス

ア　介護サービスを提供する有料老人ホームにあっては、契約に定めるところにより、当該有料老人ホーム又はその提携有料老人ホーム（一定限度以上の要介護状態になった場合に入居者が住み替えてそこで介護サービスを行うことが入居契約書に明定されているものに限る。）において行うこととし、当該有料老人ホームが行うべき介護サービスを介護老人保健施設、病院、診療所又は特別養護老人ホームに行わせてはならないこと。

　なお、この場合の介護サービスには、医療行為は含まれないものであること。

イ　契約内容に基づき、入居者を一般居室、一時介護室又は介護居室において入居者の自立を支援するという観点に立って処遇するとともに、常時介護に対応できる職員の勤務体制をとること。

ウ　介護記録を作成し、保管するとともに、主治医との連携を十分図ること。

エ　介護サービスの提供に当たっては、入居者の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しておかなければならない。

(5)　機能訓練

　介護サービスを提供する有料老人ホームにあっては、要介護者等の生活の自立の支援を図る観点から、その身体的、精神的条件に応じた機能訓練等を実施すること。

(6)　レクリエーション

　入居者の要望を考慮し、運動、娯楽等のレクリエーションを実施すること。

(7)　身元引受け人への連絡等

　入居者の生活において必要な場合には、身元引受人等への連絡など所要の措置をとるとともに、本人の意向に応じ、関連諸制度諸施策の活用についても迅速かつ適切な措置をとること。要介護者等については、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況を身元引受人等へ定期的に報告すること。

(8)　金銭等管理

　入居者の金銭、預金等の管理は入居者自身が行うことを原則とすること。ただし、入居者本人が特に施設に依頼した場合、又は入居者本人が認知症等により十分な判断能力を有せず金銭等の適切な管理が行えないと認められる場合であって、身元引受人等の承諾を得たときには、施設において入居者の金銭等を管理することもやむを得ないこと。

　この場合にあっては、依頼又は承諾を書面で確認するとともに金銭等の具体的な管理方法、本人又は身元引受人等への定期的報告等を管理規程等で定めること。

(9)　家族との交流・外出の機会の確保

　常に入居者の家族との連携を図り、入居者とその家族との交流の機会を確保するよう努めるとともに、入居者の外出の機会を確保するよう努めること。

第９　事業収支計画

１　市場調査等の実施

構想段階における地域特性、需要動向等の市場分析や、計画が具体化した段階における市場調査等により、相当数の者の入居が見込まれること。

2　資金の確保等

初期総投資額の積算に当たっては、開設に際して必要となる次の費用を詳細に検討の上算定し、必要な資金を適切な方法で調達すること。

ア　調査関係費
イ　土地関係費
ウ　建築関係費
エ　入居募集関係費
オ　開業準備関係費
カ　公共負担金
キ　租税公課
ク　期中金利
ケ　予備費

3　資金収支計画及び損益計画

次のような点に留意し、長期の資金収支計画及び損益計画を策定すること。

(1)　長期安定的な経営が可能な計画であること。
(2)　最低３０年以上の長期的な計画を策定し、少なくとも３年ごとに見直しを行うこと。
(3)　借入金の返済に当たっては、資金計画上無理のない計画となっていること。
(4)　適切かつ実行可能な募集計画に基づいていること。
(5)　長期推計に基づく入居時平均年齢、男女比、単身入居率、入退去率、入居者数及び要介護者発生率を勘案すること。
(6)　人件費、物件費等の変動や建物の修繕費等を適切に見込んでいること。
(7)　入居一時金（入居時に老人福祉法第２９条第７項に規定する前払金として一括して、受領する利用料）の償却年数は、入居者の終身にわたる居住が平均的な余命等を勘案して想定される期間（以下「想定居住期間」という。）とすること。
(8)　常に適正な資金残高があること。

4　経理・会計の独立

有料老人ホーム以外にも事業を行っている設置者については、他の事業と当該有料老人ホームについての経理・会計を明確に区分し、他の事業に流用してはならない。

第10　利用料等

有料老人ホームは、契約に基づき入居者の負担により賄われるものであり、その支払方法については、月払い方式, 一時金方式又はこれらを組み合わせた方式等適切な方式によることとし、いずれの場合にあっても、家賃相当額、介護費用、食費、管理費等の取扱いはそれぞれ次によること。

1　家賃相当額

(1)　家賃相当額は、当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したものとし、近傍同種の住宅の家賃から算定される額を大幅に上回るものでないこと。

(2)　月払い方式の場合で、敷金を受領する場合には、その額は６か月分を超えないこととし、退居時に居室の原状回復費用を除き全額を返還すること。

なお、原状回復の費用負担については、「原状回復をめぐるトラブルとガイドライン（再改訂版）」（平成23年８月国土交通省住宅局）を参考とすること。

(3)　一時金方式(終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を前払金として一括して受領する方式)により受領する場合については、次によること。

ア　老人福祉法第29条第６項の規定が適用される有料老人ホームついては、受領する一時金が、受領が禁止されている権利金等に該当しないことを契約書等に明示し、入居契約に際し、入居者に対して十分に説明すること。なお、経過措置により権利金等の金品の受領禁止が義務づけられていない有料老人ホームであっても、一時金の算定根拠について入居契約に際し、入居者に対して十分に説明すること。

イ　老人福祉法第29条第７項の規定により一時金の保全措置を講じることが義務付けられている有料老人ホームについては、一時金の算定根拠を書面で明示するとともに、一時金に係る銀行の債務の保証等の「厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置」（平成18年厚生労働省告示第266号）に規定する必要な保全措置を講じなければならないこと。なお、義務付けられていない有料老人ホームであっても、一時金の算定根拠を書面で明示するとともに、適切な保全措置を講じるよう努めること。

ウ　一時金の算定根拠については、次のいずれかにより算定することを基本とすること。

①　期間の定めがある契約の場合

（１ヶ月分の家賃相当額（注））×（契約期間（月数））

②　終身にわたる契約の場合

（１ヶ月分の家賃相当額）×（想定居住期間（月数））＋（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額）

（注）家賃相当額とは、家賃（共用部分含む)、介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用の一部又は全部の額。

エ　想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額については、具体的な根拠により算出された額とすること。

オ　老人福祉法第29条第８項に規定により返還される額については、契約書等に明示し、入居契約に際し、入居者に対して十分に説明するとともに、一時金の返還を確実に行うこと。

カ　入居契約において、入居者の契約解除の申し出から実際の契約解除までの期間として予告期間等を設定し、老人福祉法施行規則（昭和38年厚生省令第28号）第21条第１項第１号に規定する一時金の返還債務が義務づけられる期間を事実上短縮することによって、入居者の利益を不当に害してはならないこと。

キ　着工時において、相当数の者の入居が見込まれない場合については、十分な入居者を確保し安定的な経営が見込まれるまでの間については、一時金の返還金債務について銀行保証等が付されていること。

２　介護費用（介護保険対象外の費用）

(1)　都度払い方式（サービスを提供した都度個々に費用を受領する方式）又は月払い方式による場合については、提供するサービスの内容に応じて人件費、材料費等を勘案した適切な額とすること。

(2)　一時金方式による場合については、想定居住期間、開設後の経過年数に応じた要介護発生率、介護必要期間、職員配置等を勘案した合理的な積算方法とすること。ただし、介護保険の利用者負担分の受領方法として、当該有料老人ホームが一時金として受け取

ることは、利用者負担分が不明確になるので不適当であること。

(3)　一時金方式に係る返還金の取扱いについては、１の(3)によること。

(4)　介護付有料老人ホームにおいて、手厚い職員体制又は個別的な選択による介護サービスとして介護保険外に別途費用を受領できる場合は、「特定施設入居者生活介護事業者が受領する介護保険の給付対象外の介護サービス費用について（平成12年３月30日老企第52号)」の規定によるものに限られていることに留意すること。

３　食費、管理費等

(1)　入居者に対するサービスに必要な費用の額（食費、管理費、その他の運営費等）を基礎とする適切な額とすること。

(2)　食費、管理費等を含め、多額の一時金を払えば毎月の支払は一切なく生涯生活を保証するという終身保証契約は、その後において入居者の心身の状況や物価、生活費等の経済情勢が著しく変化することがあり得るので、原則として好ましくないこと。

(3)　家賃相当額や介護費用以外の名目で一時金を徴収する場合の返還金の取扱いについては、１の(3)によること。

第11　契約内容等

１　契約締結に関する手続き等

(1)　契約に際して、契約手続き、利用料等の支払い方法などについて事前に十分説明すること。特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けたホームにあっては、入居契約時には特定施設入居者生活介護の提供に関する契約を締結しない場合であっても、入居契約時に、当該契約の内容について十分説明すること。

(2)　一時金の内金は一時金の２０パーセント以内とし、残金は引渡し日前の合理的な期日以降に徴収すること。

(3)　入居開始可能日前の契約解除の場合については、既受領金の全額を返還すること。

２　契約内容

(1)　入居契約書において、有料老人ホームの類型、利用料等の費用負担の額及びこれによって提供されるサービス等の内容、入居開始可能日、身元引受人の権利・義務、契約当事者の追加、契約解除の要件及びその場合の対応、入居一時金の返還金の有無、返還金の算定方式及びその支払い時期等が明示されていること。

(2)　介護サービスについては、心身の状態等に応じて介護サービスが提供される場所、介護サービスの内容、頻度及び費用負担等を入居契約書又は管理規程上明確にしておくこと。

(3)　利用料等の改定のルールを入居契約書又は管理規程上明らかにしておくとともに、利用料等の改定に当たっては、その根拠を入居者に明確にすること。

(4)　契約書に定める設置者の契約解除の条件は、信頼関係を著しく害する場合に限るなど入居者の権利を不当に狭めるものとなっていないこと。また、入居者、設置者双方の契約解除条項を契約書上定めておくこと。

(5)　要介護状態になった入居者を一時介護室において処遇する場合には、医師の意見を聴いて行うものとし、その際本人の意思を確認するとともに、身元引受人等の意見を聴くことを契約書又は管理規程上明らかにしておくこと。

(6)　一定の要介護状態になった入居者が、居室の変更若しくは提携ホームに住み替える契約の場合、入居者が一定の要介護状態になったことを理由として契約を解除する場合、

又は、入居者の心身の状況に著しい変化があり居室を変更する契約の場合にあっては、次の手続きを含む一連の手続きを契約書又は管理規程上明らかにしておくこと。

また、提携ホームに住み替える場合の家賃相当額の差額の取り扱いについても考慮すること。

ア　医師の意見を聴くこと。

イ　本人又は身元引受人の同意を得ること。

ウ　一定の観察期間を設けること。

3　重要事項の説明等

(1)　入居契約に関する重要な事項を説明するため、別記第１号様式に基づき「有料老人ホーム重要事項説明書」（以下「重要事項説明書」という。）を作成するものとし、利用者に誤解を与えることがないよう必要な事項を実態に即して正確に記載すること。

なお、同様式の別添「介護サービス等の一覧表」は重要事項説明書の一部をなすものであることから、重要事項説明書に必ず添付すること。

(2)　重要事項説明書は、老人福祉法第29条第５項の規定により、入居相談があったときに交付するほか求めに応じ交付すること。特に入居希望者に対しては、設置者の概要、有料老人ホームの類型及び指定居宅サービスの種類（当該有料老人ホームの設置者が介護保険法第70条等の規定により指定された居宅サービス等の種類（指定居宅介護支援等を含む。）。以下同じ。）、契約内容を十分理解した上で契約を締結できるよう、契約締結前に十分な時間的余裕をもって重要事項説明書について十分な説明を行うこととし、その際には説明を行った者及び説明を受けた者の署名を行うこと。

(3)　有料老人ホームの設置時に老人福祉法第29条第１項に規定する届出を行っていない場合や、本指針に基づく指導を受けている場合は、重要事項説明書にその旨を記載するとともに、入居契約に際し、入居者に対して十分に説明すること。

4　体験入居

開設後においては、契約締結前に体験入居の途を設けること。

5　入居募集等

(1)　入居募集に当たっては、パンフレット、募集広告等において、有料老人ホームの類型及び指定居宅サービスの種類を明示すること。

(2)　募集広告等入居募集の際、誇大広告等により、利用者に不当に期待をいだかせたり、それによって損害を与えるようなことがないよう、実態と乖離のない正確な表示をするとともに「有料老人ホーム等に関する不当な表示」（平成16年公正取引委員会告示第３号）を遵守すること。特に、介護が必要となった場合の介護を行う場所、介護に要する費用の負担、介護を行う場所が入居している居室でない場合の当該居室の利用権の存否等については、利用者に誤解を与えるような表示をしないこと。

6　苦情解決、損害賠償

(1)　入居者の苦情に対し迅速かつ円滑な解決を図るため、設置主体において苦情解決体制を整備するとともに、外部の苦情処理機関等について施設内の見やすいところに常時掲示するなどして入居者に周知すること。

(2)　入居者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、入居者に対しての損害賠償を速やかに行うものとすること。

第12　情報開示

１　有料老人ホームの運営に関する情報

各有料老人ホームにおいて、老人福祉法第29条第５項の情報開示の規定を遵守し、重要事項説明書を書面により交付するとともに、パンフレット、重要事項説明書、契約書（特定施設入居者生活介護の提供に関する契約書を含む。）、管理規程等を公開するものとし、求めに応じ交付すること。

一時金を受領する施設にあっては、一時金が将来の居住費用、サービス費用に充てられるものであることから、貸借対照表及び損益計算書又はそれらの要旨についても、入居者及び入居希望者の求めに応じ閲覧に供すること。さらに、有料老人ホームの経営状況・将来見通しに関する入居者等の理解に資する観点から、事業収支計画についても閲覧に供するよう努めるとともに、貸借対照表等の財務諸表について、入居者等の求めがあればそれらの写しを交付するよう配慮すること。

２　有料老人ホームの類型の表示

有料老人ホームの類型は、別表１「有料老人ホームの類型」のとおり分類するものとすること。

この類型については、パンフレット、新聞等において広告を行う際には、施設名と併せて表示することとし、同別表１中の表示事項についても類型に併記すること。ただし、表示事項については、同別表の区分により難いと特に認められる場合には、同別表の区分によらないことができること。

なお、表示事項のうち、特に、介護に関わる職員体制について「1.5：1以上」、「2：1以上」又は「2.5：1以上」の表示を行おうとする有料老人ホームにあっては、介護に関わる職員の割合を年度ごとに算定し、表示と実態の乖離がないか自ら検証するとともに、入居者等に対して算定方法及び算定結果について説明すること。

附則

（適用期日）

１　この指針は、平成１４年１０月２５日から適用する。

（経過措置）

２　この指針の適用の際、現に設置されている有料老人ホームにおける類型及び重要事項説明書については、平成１５年３月３１日までは、従前の例によることができるものであること。

附則

（適用期日）

１　この指針は、平成１６年１１月９日から適用する。

附則

（適用期日）
１　この指針は、平成１８年４月１日から適用する。

（経過措置）
２　この指針の適用の際、現に設置されている有料老人ホーム設置者及び事前協議済の有料老人ホーム設置予定者における第４、第５については、従前の例によることができるものであること。

３　契約締結日から９０日以内の契約解除の場合の一時金の返還に係る規定は、平成１８年７月１日から適用する。

４　類型及び重要事項説明書に係る規定は、平成１８年９月３０日までの間については、従前の例によることができるものとする。

附則
（適用期日）
１　この指針は、平成２１年７月２１日から適用する。

附則
（適用期日）
１　この指針は、平成２２年４月１日から適用する。

附則
（適用期日）
１　この指針は、平成２４年４月１日から適用する。

有料老人ホームの類型及び表示事項

別表１

類型	類型の説明
介護付有料老人ホーム （一般型特定施設入居者生活介護）	介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能です。（介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては、介護付と表示することはできません。）
介護付有料老人ホーム （外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）	介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能です。（有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては、介護付と表示することはできません。）
住宅型有料老人ホーム（注）	生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要になった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能です。
健康型有料老人ホーム（注）	食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。

（注）特定施設入居者生活介護の指定を受けていないホームにあっては、広告、パンフレット等において「介護付き」、「ケア付き」等の表示を行ってはいけません。

○介護付有料老人ホームの表示事項

表示事項		表示事項の説明
居住の権利形態 （右のいずれかを表示）	利用権方式	建物賃貸借契約及び終身建物賃貸借契約以外の契約の形態で、居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。
	建物賃貸借方式	賃貸住宅における居住の契約形態であり、居住部分と介護等のサービス部分の契約が別々になっているものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容は有効になりません。
	終身建物賃貸借方式	建物賃貸借契約の特別な類型で、都道府県知事から高齢者の居住の安定確保に関する法律の規定に基づく終身建物賃貸借事業の認可を受けたものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容が有効です。
利用料の支払い方式	一時金方式	終身にわたって受領する家賃相当額等の全部又は一部を前払金として一括して受領する方式
	月払い方式	前払金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式
	選択方式	入居者により、一時金方式と月払い方式のいずれかを選択できます。

表示事項		表示事項の説明
入居時の要件 （右を参考に施設の入居対象に応じて表示）	入居時自立	入居時において自立である方です。
	入居時要介護	入居時において要介護認定を受けている方（要支援認定を受けている方を除く）が対象です。
	入居時要支援・要介護	入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。
	入居時自立・要支援・要介護	自立である方も要支援認定・要介護認定を受けている方も入居できます。
介護保険 （右の事項を表示）	北海道（市町村名）指定介護保険（地域密着型）特定施設 （一般型特定施設）	介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。（注１）
	北海道（市町村名）指定介護保険（地域密着型）特定施設 （外部サービス利用型特定施設）	介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業者が提供します。（注１）
居室区分 （右のいずれかを表示。○には１～４の数値を表示）	全室個室	居室は全て個室であるホームです。（注２）
	相部屋あり（○人部屋～○人部屋）	居室は全てが個室ではなく、相部屋となる場合があるホームです。
一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制 （右のいずれかを表示） （注３）	1.5：１以上	現在及び将来にわたって要介護者３人に対して職員２人（要介護者1.5人に対して職員１人）以上の割合（年度ごと平均値）で職員が介護にあたります。これは、介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の２倍以上の人数です。
	２：１以上	現在及び将来にわたって要介護者２人に対して職員１人以上の割合（年度ごと平均値）で職員が介護にあたります。これは、介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の1.5倍以上の人数です。
	2.5：１以上	現在及び将来にわたって要介護者５人に対して職員２人（要介護者2.5人に対して職員１人）以上の割合（年度ごと平均値）で職員が介護にあたります。これは、介護保険の特定施設入居者生活介護で、手厚い職員体制であるとして保険外に別途費用を受領できる場合の基準以上の人数です。
	３：１以上	現在及び将来にわたって要介護者３人に対して職員１人以上の割合（年度ごと平均値）で職員が介護にあたります。これは、介護保険の特定施設入居者生活介護のサービスを提供するため少なくとも満たさなければならない基準以上の人数です。
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（○に職員数、□に介護サービス事業所の名称を入れて表示）（注４）	有料老人ホームの職員○○人 委託先である介護サービス事業所 訪問介護 □□□□□□□ 訪問看護 □□□□□□□ 通所介護 □□□□□□□	有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。
その他 （右に該当する場合にのみ表示。○に提携先の有料老人ホーム名を入れて表示。）	提携ホーム利用可 （○○ホーム）	介護が必要となった場合、提携ホーム（同一設置者の有料老人ホームを含む）に住み替えて特定施設入居者生活介護を利用することができます。（注５）

○住宅型有料老人ホームの表示事項

表示事項		表示事項の説明
居住の権利形態 （右のいずれかを表示）	利用権方式	建物賃貸借契約及び終身建物賃貸借契約以外の契約の形態で、居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。
	建物賃貸借方式	賃貸住宅における居住の契約形態であり、居住部分と介護等のサービス部分の契約が別々になっているものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容は有効になりません。
	終身建物賃貸借方式	建物賃貸借契約の特別な類型で、都道府県知事から高齢者の居住の安定確保に関する法律の規定に基づく終身建物賃貸借事業の認可を受けたものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容が有効です。
利用料の支払い方式	一時金方式	終身にわたって受領する家賃相当額等の全部又は一部を前払金として一括して受領する方式
	月払い方式	前払金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式
	選択方式	入居者により、一時金方式と月払い方式のいずれかを選択できます。
入居時の要件 （右を参考に施設の入居対象に応じて表示）	入居時自立	入居時において自立である方です。
	入居時要介護	入居時において要介護認定を受けている方（要支援認定を受けている方を除く）が対象です。
	入居時要支援・要介護	入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。
	入居時自立・要支援・要介護	自立である方も要支援認定・要介護認定を受けている方も入居できます。
介護保険 （右の事項を表示）	在宅サービス利用可	介護が必要となった場合に介護保険の在宅サービスを利用するホームです。
居室区分 （右のいずれかを表示。○には１～４の数値を表示）	全室個室	全て個室であるホームです。（注２）
	相部屋あり（○人部屋～○人部屋）	居室は全てが個室ではなく、相部屋となる場合があるホームです。
その他 （右に該当する場合にのみ表示。○に提携先ホームを入れて表示）	提携ホーム移行型 （○○ホーム）	介護が必要となった場合、提携ホーム（同一の設置者の有料老人ホームを含む）に住み替えて特定施設入居者生活介護を利用することができます。（注５）

（注１）　入居者が希望すれば、当該有料老人ホームの特定施設入居者生活介護サービスに代えて、訪問介護等の介護サービスを利用することが可能です。

（注２）　個室とは、建築基準法第30条の「界壁」により隔てられたものに限ることとしていますので、一の居室をふすま、可動式の壁、収納家具等によって複数の空間に区分したものは個室ではありません。

（注３）　介護にかかわる職員体制は、当該有料老人ホームが現在及び将来にわたって提供しようと想定している水準を表示するものです。従って、例えば、現在は要介護者が少なく、1.5：１以上を満たす場合であっても、要介護者が増えた場合に2.5：１程度以上の介護サービスを想定している場合にあっては、2.5：１以上の表示を行うことになります。なお、職員体制の算定方法については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第175条第１項第２号イ及び同第２項の規定によります。なお、「1.5：１」、「２：１」又は「2.5：１」の表示を行おうとする有料老人ホームについては、年度ごとに職員割合を算定し、表示と実態との乖離がないか自ら検証するとともに、入居者等に対して、算定結果及びその算定方法について説明することが必要です。

（注４）　訪問介護、訪問看護及び通所介護以外のサービスのついて、委託先のサービス事業所がある場合には、サービス区分及びサービス事業所の名称を表示することが必要です。

（注５）　提携ホームには、老人保健施設、病院、診療所、特養養護老人ホーム等は含まれません。

別記様式第１号（第１１、第１２条関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	
記入者名		所属・職名	

１．事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	あり
	名称	（ふりがな）	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒		
事業主体の連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	ホームページアドレス	なし	
		あり：http://	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名		
	職名		
事業主体の設立年月日			

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所　　在　　地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あ　り	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

２．施設概要

<table>
<tr><td colspan="4">施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先</td></tr>
<tr><td rowspan="7"></td><td>施設の名称</td><td colspan="2">（ふりがな）</td></tr>
<tr><td>施設の所在地</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="5">施設の連絡先</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">ホームページアドレス</td><td>なし</td></tr>
<tr><td>あり：http://</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">施設の開設年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">施設の管理者の氏名及び職名</td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>職名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">施設までの主な利用交通手段</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">施設の類型及び表示事項</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険事業所番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>事業の開始（予定）年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>指定の年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>指定の更新年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

３．従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長						
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						

※　常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士				
介護職員基礎研修				
訪問介護員１級				
２級				
３級				
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人　数	夜勤帯平均人数 （　　時～　　時）	最少時人数 （休憩者等を除く）
看護職員		
介護職員		

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						

１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数	

※　常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士				
介護職員基礎研修				
訪問介護員１級				
２級				
３級				
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

管理者の他の職務との兼務の有無	なし

管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度１年間の採用者数						
前年度１年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
１年未満の者の人数						
１年以上３年未満の者の人数						
３年以上５年未満の者の人数						
５年以上10年未満の者の人数						
１０年以上の者の人数						

	機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度１年間の採用者数				
前年度１年間の退職者数				
業務に従事した経験年数				
１年未満の者の人数				
１年以上３年未満の者の人数				
３年以上５年未満の者の人数				
５年以上10年未満の者の人数				
１０年以上の者の人数				

従業者の健康診断の実施状況	なし	あり

４．サービスの内容

施設の運営に関する方針			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無		なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況		別　紙	
協力医療機関の名称			
（協力の内容）			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称
（協力の内容）			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
（その内容）		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
（その内容）		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
（その内容）		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
（その内容）		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
（その内容）		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
（その内容）		

	その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）		なし	あり
		判断基準・手続について		
		（その内容）		
		追加的費用の有無	なし	あり
		居室利用権の取扱い		
		（その内容）		
		入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
		従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
		従前居室との仕様の変更		
		便所の変更の有無	なし	あり
		浴室の変更の有無	なし	あり
		洗面所の変更の有無	なし	あり
		台所の有無	なし	あり
		その他の変更の有無	なし	あり
		（その内容）		
施設の入居に関する要件				
	自立している者を対象		なし	あり
	要支援の者を対象		なし	あり
	要介護の者を対象		なし	あり
	留意事項			
契約の解除の内容				
体験入居の内容				
入居定員				
その他				

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
６５歳未満						
６５歳以上７５歳未満						
７５歳以上８５歳未満						
８５歳以上						

	自立	要支援1	要支援2		合計
６５歳未満					
６５歳以上７５歳未満					
７５歳以上８５歳未満					
８５歳以上					

入居者の平均年齢				
入居者の男女別人数	男性		女性	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

	自立	要支援1	要支援2		合計
自宅等					
社会福祉施設					
医療機関					
死亡者					
その他					

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 １０年未満	１０年以上 １５年未満	１５年以上
入居者数						

施設、設備等の状況

<table>
<tr><td rowspan="2">建物の構造</td><td colspan="4">建築基準法第２条第９号の２に規定する耐火建築物</td><td>なし</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="4">建築基準法第２条第９号の３に規定する準耐火建築物</td><td>なし</td><td>あり</td></tr>
<tr><td rowspan="15">居室の状況</td><td colspan="3">区分</td><td>室数</td><td>人数</td><td colspan="2">１の居室の床面積</td></tr>
<tr><td>一般居室個室</td><td>あり</td><td>なし</td><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td rowspan="3">一般居室相部屋</td><td rowspan="3">あり</td><td rowspan="3">なし</td><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td>介護居室個室</td><td>あり</td><td>なし</td><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td rowspan="3">介護居室相部屋</td><td rowspan="3">あり</td><td rowspan="3">なし</td><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td rowspan="3">一時介護室</td><td rowspan="3">あり</td><td rowspan="3">なし</td><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">㎡</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">共用便所の設置数</td><td rowspan="2"></td><td colspan="3">うち男女別の対応が可能な数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">うち車椅子等の対応が可能な数</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">個室の便所の設置数</td><td rowspan="2"></td><td colspan="3">個室における便所の設置割合</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">うち車椅子等の対応が可能な数</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">浴室の設備状況</td><td rowspan="2">浴室の数</td><td>個浴</td><td>大浴槽</td><td>特殊浴槽</td><td>リフト浴</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">その他、浴室の設備に関する事項</td></tr>
<tr><td>食堂の設備状況</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="4">入居者等が調理を行う設備状況</td><td>なし</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="6">その他、共用施設の設備状況</td></tr>
<tr><td>なし</td><td>あり</td><td colspan="4">（その内容）</td></tr>
<tr><td colspan="6">バリアフリーの対応状況</td></tr>
<tr><td colspan="6">（その内容）</td></tr>
<tr><td colspan="3">緊急通報装置の設置状況</td><td>なし</td><td>一部あり</td><td>各居室内にあり</td></tr>
<tr><td colspan="3">外線電話回線の設置状況</td><td>なし</td><td>一部あり</td><td>各居室内にあり</td></tr>
<tr><td colspan="3">テレビ回線の設置状況</td><td>なし</td><td>一部あり</td><td>各居室内にあり</td></tr>
<tr><td colspan="6">施設の敷地に関する事項</td></tr>
<tr><td colspan="4">敷地の面積</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">事業所を運営する法人が所有</td><td>なし</td><td>一部あり</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="4">抵当権の設定</td><td>なし</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="6">貸借（借地）</td></tr>
<tr><td>なし</td><td>あり</td><td>契約期間</td><td>始</td><td>終</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">契約の自動更新</td><td>なし</td><td>あり</td></tr>
</table>

施設の建物に関する事項					
建物の構造					
建物の延床面積					
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし	あり		
貸借（借家）					
なし	あり	契約期間	始	終	
		契約の自動更新	なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口		
窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等		

サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応		
損害賠償責任保険の加入状況		
なし	あり	（その内容）
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること		
なし	あり	（その内容）

サービスの提供内容に関する特色等
（その内容）

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等				
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況				
なし	あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	なし	あり
第三者による評価の実施状況				
なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

５．利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	円（家賃の　　ヶ月分）		

一時金方式

一時金及び月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	

料金プラン

プラン名称	一時金	月額	（内訳）				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠

家賃相当額	
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	
光熱水費	
管理費	
一時金	

一時金の償却に関する事項

償却開始日の設定	入居日	

初期償却率（％）

想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額	
権利金等（※）の額	

（※）平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。

償却年月数 （想定居住期間）	

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例

保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）

三月以内の契約終了による返還金について

三月の起算日	入居日	

契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法

一時金の支払方法

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	

料金プラン

プラン名称	月額	（内訳）				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠

項目	
家賃相当額	
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	
光熱水費	
管理費	

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護費用の１割を徴収する。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし	あり
内容			
利用料		円（　月額　・　日額　）	
算定根拠			
支払い方法	月単位（日割りの有無　　あり　　・　　なし　　）		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠			
料金改定の手続			

６．その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第２９条第１項に規定する届出		あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
なし			
あり	（その内容）		

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※　　　　　　　　　　　　　　　　様

説明年月日　平成　　年　　月　　日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別記２号様式（第１１，１２条関係）

介　護　サ　ー　ビ　ス　等　の　一　覧　表

	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で実施するサービス		別途利用料を徴収した上で実施するサービス		備　　　考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	

事　務　連　絡

平成24年5月２５日

各 都道府県 ／ 指定都市 ／ 中 核 市　福祉担当部 ／ 住宅担当部　殿

厚生労働省老健局高齢者支援課

国土交通省住宅局安心居住推進課

有料老人ホーム等における事故の情報提供のお願いについて

平成24年３月、茨城県内の有料老人ホームにおいて、入居者の方が、亡くなってから相当の期間が経過してから発見されたという案件があったことは誠に遺憾です。

今般、この案件については、当該有料老人ホームの設置者において、原因の究明と再発防止に係る取組みが検討され、その結果について、茨城県を通じて厚生労働省まで情報提供がありました。(別紙参照)

有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅（以下「有料老人ホーム等」という。）の入居者の心身の健康を保持し、その生活の安定を図る観点から、貴管内における有料老人ホーム等の運営者に対して、別紙の内容を参考に、事故原因の調査と再発防止策の策定について、指導の徹底をお願いいたします。また、再発防止策が適切に実施されているかどうかについても確認するよう、お願いいたします。

また、事故が発生した有料老人ホーム等については、今後、下記のとおり、情報提供について御協力くださいますよう、お願いいたします。

記

１．有料老人ホーム

イ　情報提供体制の整備

有料老人ホームの設置運営については、「有料老人ホーム設置運営標準指導指針（平成14年7月18日付け老発第0718003号。以下「指針」という。）」において、その指導上の留意点を示しているところですが、当該指針に関しては、平成24年3月16日付け老発0316第1号により一部改正を行い、有料老人ホーム設置者に対する事故発生の防止及び発生時の対応に係る規定を追加したところです。

当該改正の趣旨を鑑み、貴団体に対して有料老人ホーム設置者から、入居者に対す

る処遇に係る事故報告があった場合には、すみやかに厚生労働省老健局高齢者支援課まで情報提供をお願いいたします。

なお、入居者に対する処遇に係る事故としては、入居者の生命・財産等が脅かされる事例として、以下のような事案が想定されます。

・入居者の死亡事故（死亡後に相当期間の放置がなされた場合を含む。）
・入居者に対する虐待
・有料老人ホーム設置者による入居者の財産侵害（職員による窃盗等）
・有料老人ホームにおける火災事故
・地震等の自然災害による有料老人ホームの滅失・損傷

ロ　情報提供の内容

①　事故の発生時点
・事故の発生日
・事故が発生した有料老人ホームの名称、住所、届出の有無
・当該有料老人ホーム設置者の名称
・事故の概要

②　事故後の再発防止策の策定時点
・事故の原因に係る調査結果
・当該調査結果を受けて行う再発防止策の内容

ハ　連絡先（厚生労働省）
・厚生労働省 老健局 高齢者支援課　山口・小林
電話番号：03-5253-1111（内線 3981）　03-3595-2888【夜間直通】
FAX 番号：03-3595-3670

２．サービス付き高齢者向け住宅

イ　情報提供体制の整備

サービス付き高齢者向け住宅において事故が発生した場合についても、有料老人ホームと同様に、情報提供をお願いいたします。なお、サービス付き高齢者向け住宅については、厚生労働省と国土交通省の共管となっておりますので、両省に情報提供をお願いいたします。

ロ　連絡先（厚生労働省・国土交通省）
・厚生労働省 老健局 高齢者支援課　山口・小林
電話番号：03-5253-1111（内線 3981）　03-3595-2888【夜間直通】
FAX 番号：03-3595-3670

別紙

茨城県内の有料老人ホームにおける事故及び再発防止について

１．事案の概要

・平成 24 年 3 月 24 日、入居者と電話連絡がとれなかった親族からの依頼を受けて、当該有料老人ホーム設置者の職員が室内を確認し、死亡している当該入居者を発見。

・医師による検案では、死因は急性心不全と推定。

・新聞受けに残されていた新聞の日付より、3 月 17 日を死亡日と推定。

２．事案の原因

・入居者より「自立した生活をしたいので、干渉してほしくない」という要望があり、以下のような状況となっていた結果、当該入居者と職員及び他の入居者との関わりが薄くなっていたことが原因と考えられる。

イ　独立した専用玄関を有する居室で生活していたこと

ロ　食事、居室清掃・洗濯等の日常家事を入居者自身が行っていたこと

３．再発防止策

イ　入居契約等における取組み

・自立の入居希望者に対して、入居者のプライバシーを尊重しつつ最低限度の安否確認及び見守りを行うことを条件に入居契約を締結する。

・入居者から、入居後に安否確認等を拒否されるようになった場合は、入居者本人及び身元引受人と具体的な対応方法を協議する。

ロ　見守り体制の強化

・健康管理、食事、施設内のレクレーションの際に、入居者の様子を観察する。

・一定時間人の動きがないと通報される生活リズムセンサーを居室のドア、トイレ等に設置する。特に、今回の事故が起きた居室は専用玄関を有しているため、今後の入居契約においては、職員による定期的な安否確認や状況確認の受け入れを契約上で義務付ける。

・入居者のプライバシーを重視しつつ、入居者の日常的な行動（声の張り、歩行時の足取り、食事の食べ残し等）から得られた情報を職員が相互に共有することで、入居者の心身に係る状態を適時把握し、適切な施設サービス提供のアセスメントとして取り入れる。

ハ　リスクマネジメントの強化

・今回の事故を教訓に、職員の教育に努め、施設サービスの向上を図る。

・地方公共団体や、全国有料老人ホーム協会への報告を徹底し、指導・助言を真摯に受けながら適正な運営を行う。

Ⅱ　モデル様式集

事業所名

相談受付票をFAXしてください。
〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

相　談　受　付　票

☐相談のみ　☐見学希望
☐体験希望　☐入居希望

受付者　：【　　　　　　　　　　　】　　受付日　：　平成　　年　　月　　日（　　）

相談者	様	方法	☐　電話　☐　来所　☐　その他（　　　　　　）
☐ご本人　☐ご家族（　　　）　☐居宅介護支援事業所　☐病院（　　　　　）　☐その他（　　　　　）			
電話番号	－　　－	FAX	－　　－

利用者氏名	様	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　才）
住所	〒　－		
電話		その他連絡先	
世帯状況	☐独居　☐夫婦2人　☐子供と同居　☐施設入所中（施設名：　　　　　　）		
介護度	支援1　支援2　介護1　介護2　介護3　介護4　介護5	被保番号	
介護保険申請	中　未　済	認定有効期間	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日

介護保険サービス利用状況	サービス種別	事業所名

通院中医療機関		病名	病院名
既往歴	年～		
	年～		
	年～		
主治医			
入居希望時期	☐今すぐ　☐半年後　☐1年後　☐将来的に　☐その他（　　　　）		
入居希望理由			
申し込み状況	☐当施設のみ　☐他の施設に申込み中		
体験入居希望の有無	☐体験する　☐体験しない　体験希望日　：　平成　年　月　日（　）		
見学希望日	希望日時　：　平成　年　月　日（　）　午前　・　午後　時　分		
備考			

入 居 希 望 面 接 票

面　接　日　時		対応相談員	管理者	主任
平成　　年　　月　　日（　）	AM PM　　：　　頃			

ふりがな		続柄	本　人	家族　：　親・娘・息子・嫁・夫・妻	知　人	入居希望者名（ふりかな）
面接者名			包括　：		その他　：	

相　談　内　容　：

対　応　内　容　：

介　護　保　険　：	未申請	申請中	申請済み	介護度	要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５	委託ケアマネ	いる ・ いない

備考欄　：

支 援 費 制 度　：	未申請	申請中	申請済み	受給量　・身体　時間/月　・家事　時間/月　・外出介護　時間/月

備考欄　：

対　応　結　果　：

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　お申込み日　平成　　年　　月　　日

入 居 申 込 書

<table>
<tr><td colspan="2">ご入居希望居室</td><td colspan="2"></td><td>ご希望入居日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="8">ご入居希望者様</td><td>（ふりがな）</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">男・女</td><td>年齢</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td>M T S　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6">〒　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">番号電話</td><td>自宅</td><td colspan="2"></td><td>通話可能時間帯</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>携帯</td><td colspan="2"></td><td>通話可能時間帯</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>介護状況</td><td>介護度</td><td></td><td>認定有効期間</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日～　平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>身体状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">連帯保証人様</td><td>氏名</td><td colspan="4"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6">〒　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">電話番号</td><td>自宅</td><td colspan="2"></td><td>通話可能時間帯</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>携帯</td><td colspan="2"></td><td>通話可能時間帯</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>勤務先名</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>勤務先住所</td><td colspan="6">〒　　－</td></tr>
<tr><td colspan="3">紹介者</td><td colspan="2">居宅介護支援事業所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

ご入居者様もしくは連帯保証人様のサイン及び捺印

入居者様　**氏名**　：　　　　　　　　　　　　　　印

保証人様　**氏名**　：　　　　　　　　　　　　　　印

※太枠内はできる限りすべてご記入ください。

※お預かりした個人情報を、本入居目的以外に使用することはございません。

※本申込書の提出が、ご入居の決定ではございません。 本申込書は、ご入居決定の為の必要書類の1つとなります。

※ご入居までの必要書類は、本申込書・健康診断書・診療情報提供書・介護支援専門員からの意見書です。

※お申込み後に、状況の変化（転居、入院、連絡先の変更等）があった場合は、必ずお知らせください。

※ご入居様の心身状況によっては、ご希望に沿えない場合があります。

事業所記入欄

	申し込み	診断書	面接	契約	入居
予定					
実績					

確認印

管理者	相談員	介護員

事業所名

入居者　フェイスシート

①記入年月日　　年　　月　　日　　No. 1

②記入者

1. 利用者

（写真）必要な場合のみ貼付けする。③	ふりがな 本人氏名	④　　様	性別⑤ 男・女	生年月日　明治・大正・昭和 ⑥　年　月　日（　歳）
	被保険者番号	⑦		
	世帯類型⑧	1. 同居世帯　2. 同居世帯（日中ひとり） 3. 高齢者夫婦世帯　4. ひとり暮らし	⑨	

現住所	⑩　　電話番号　⑪　　—　　—
上記以外の連絡先	氏名⑫　住所　本人との続柄（　）TEL　—　—
	氏名　住所　本人との続柄（　）TEL　—　—
	氏名　住所　本人との続柄（　）TEL　—　—

2. 健康状態

現症	①	既往症	②
視力	③	平常時バイタル⑥	体温　℃
聴力	④		脈拍　回／分
義歯	⑤ 有（上・下）・無		血圧　mmHg 〜 mmHg

服薬	通所介護利用時の服薬内容（時間・薬剤名・数量等） ⑦ 情報源 □本人 □家族（　） □ケアマネージャー □かかりつけ医 □その他（　）	避けるべき薬剤・食材（・嗜好） ⑧ 情報源 □本人 □家族（　） □ケアマネージャー □かかりつけ医 □その他（　）

⑨かかりつけ医	医療機関名　医師　TEL
	医療機関名　医師　TEL

⑩ 医師の指示 注意事項等	入浴の可否	可・不可	
	皮膚疾患	有・無	
	移送時の留意点	有・無	
	その他制限事項等	有・無	

【特記事項】⑪

3. 手帳の有無

種 別	有 無	等 級	判 定 日	障 害 等 の 内 容
身障手帳	有・無	級	年 月 日	
療育手帳	有・無	級	年 月 日	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	級	年 月 日	

4. 生活歴等

生活歴 ①
性格・適応 ②
禁忌事項 （避けるべき話題、言葉、活動等） ③

5. 家族の状況 （居宅サービス計画のアセスメントシート等既存のものがあれば記入は不要）

① 家 族	② 氏 名	③性別	④年齢	⑤続柄	⑥同・別居	⑦介護者	⑧ 健康状態等
男性＝□、女性＝○ 本人＝回、◎ 死亡＝■、● 同居＝「……（点線）」で囲む		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
	◎主介護者 ○補助介護者 （上記介護者欄に記入）						

⑨生活状況欄	本 人	
		5―6―7―8―9―10―11―12―13―14―15―16―17―18―19―20―21―22―23―24―1―2―3―4
	介護者	

【 特 記 】
⑩

6. 要介護状態区分等

①要介護･要支援認定日	②要介護状態区分	③日常生活自立度(障害)	④日常生活自立度(痴呆)	備　考
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				

7. 居宅サービス計画作成日

	①作 成 日	②担当介護支援専門員	③ 所　属	④ 電話番号
作成日	年　月　日			
変更	年　月　日			
変更	年　月　日			
変更	年　月　日			
変更	年　月　日			

8. 介護計画作成日

	① 作 成 日	②担当者名	③ 変更の理由･内容（概要）	④居宅サービス計画変更
※1 利用開始時	年　月　日			
※2仮計画見直し	年　月　日			有 ・ 無
※3 変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無
変 更	年　月　日			有 ・ 無

業　務　日　誌

管理者	記載者

平成　　年　　月　　日　　曜日　　天候		室温	湿度
	10時	℃	%
	21時	℃	%

○利用者・職員勤務状況

	在籍者	入院者	外泊者	在居者	勤務状況			
男	名	名	名	名	早番		日勤	
女	名	名	名	名	遅番		夜勤/明け	/
計	名	名	名	名	公休		有休・他	

○利用者出入詳細

	利用者氏名	行先	出発・帰所（予定）時刻
外出			～
			～
			～
外泊			～
			～
			～
入院			

○入浴・清拭者

利用者名	入・清	時刻
	入・清	午前・午後
	入・清	午前・午後
	入・清	午前・午後
	入・清	午前・午後
	入・清	午前・午後
	入・清	午前・午後

来客者	来訪者氏名	誰に（利用者等）	用件　他

○食事内容

朝食		昼食		夕食		おやつ	AM	
							PM	

○行事

行事名	参加人数

○研修

研修名	区分	参加者（数）
	内部・外部	
	内部・外部	
	内部・外部	

○連絡事項（申し送り・カンファレンス・調整会議・　等）

改正

入居者に提供した生活支援サービス記録

事業所名

部屋番号	階	号室
入居者氏名		

管理者	事務員	相談員	介護員

提供サービス			サービス提供チェック						
			月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
1	生活相談		□	□	□	□	□	□	□
2	緊急時の通報		□	□	□	□	□	□	□
3	状況把握(定期巡回	①時間	□	□	□	□	□	□	□
4	状況把握(定期巡回	②時間	□	□	□	□	□	□	□
5	状況把握(定期巡回	③時間	□	□	□	□	□	□	□
6	状況把握(定期巡回	④時間	□	□	□	□	□	□	□
7	食事提供	朝	□	□	□	□	□	□	□
8	食事提供	昼	□	□	□	□	□	□	□
9	食事提供	夕	□	□	□	□	□	□	□
10	ゴミだし		□	□	□	□	□	□	□
11	居室清掃		□	□	□	□	□	□	□
12	調理		□	□	□	□	□	□	□
13	洗濯		□	□	□	□	□	□	□
14	外出付き添い		□	□	□	□	□	□	□
15	買い物代行		□	□	□	□	□	□	□
16	病院等付き添い		□	□	□	□	□	□	□
17	施設行事参加		□	□	□	□	□	□	□
18	趣味活動参加		□	□	□	□	□	□	□
19	地域行事参加		□	□	□	□	□	□	□
20	健康管理	外部サービス	□	□	□	□	□	□	□
21	更衣着脱	外部サービス	□	□	□	□	□	□	□
22	入浴介助		□	□	□	□	□	□	□
23	食事介助		□	□	□	□	□	□	□
24	排泄介助		□	□	□	□	□	□	□
25	その他		□	□	□	□	□	□	□
26	外部サービス利用	訪問看護							
27	外部サービス利用	ヘルパー							
28	外部サービス利用	デイサービス							
29	外部サービス利用	デイケア							
30	外部サービス利用	訪問診療							
31	その他外部サービ	理美容							
32	その他外部サービ	マッサージ							
32	その他外部サービス								

居室別利用者一覧表

居室名	利用者の名前・住所など			介護保険情報			緊急時の連絡先			請求書発送先	
				入所年月日	保険者・被保	有効期限	名前	連絡先	続柄		
	名前	生年月日	郵便番号	入所年月日	保険者	開始				郵便番号	
	かな	血液型	住所	退所年月日	保険者番号	終了				住所	
	性別	介護度	電話番号	退所後の動向	被保険者番号					電話番号	

平成 23 年 11 月

サービス付き高齢者向け住宅に係る建築基準法上の取扱いについて

計画調整局 建築指導部 建築確認課
監 察 課

１．サービス付き高齢者向け住宅の建築基準法上の用途判断について

サービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」という。）については、国土交通省の取扱い（http://www.satsuki-jutaku.jp/doc/faq_07.pdf）に基づき、用途の判断を行います。

<table>
<tr><td>①</td><td>各専用部分内の
設備の有無
（浴室の有無は問わない）</td><td>便所・洗面所・台所が
揃っているもの</td><td colspan="2">便所・洗面所はあるが、
台所がないもの</td></tr>
<tr><td>②</td><td>老人福祉法上の
有料老人ホームへの該当</td><td>（該当・非該当に
かかわらず）</td><td>該当</td><td>非該当</td></tr>
<tr><td colspan="2">建築基準法上の用途</td><td>共同住宅</td><td>老人ホーム</td><td>寄宿舎</td></tr>
</table>

２．１．の用途を判断するための事前協議について

確認申請の審査においては、サ高住の登録基準を満たすか否か、有料老人ホームに該当するか否かについての所管課による事前協議の回答を参考に用途の判断を行うため、確認申請書の提出までに所管課との協議を終えておいてください。

事前協議内容	所 管 課	場 所	電 話
サ高住の登録基準を満たすか否か	大阪市 都市整備局 企画部 住宅政策課	大阪市北区中之島１丁目 （大阪市役所本庁舎６階）	06-6208-9228
有料老人ホームに該当するか否か※	大阪府 福祉部 高齢介護室 施設課	大阪市中央区大手前２丁目 （大阪府庁本館６階）	06-6941-0351 （内線 4493）

※大阪府福祉部高齢介護室施設課への相談様式はこちらの URL からダウンロードできます。
http://www.pref.osaka.jp/attach/14058/00080319/yuuryourouzinkakuninsho.doc

３．附属用途の判断について

共同住宅に該当するサ高住で、その一部に共用サービス施設（浴室、食堂及びその管理を行う事務所等）を設ける場合、そのサービス提供が当該共同住宅の居住者のみを対象とするものであれば、共同住宅に附属する共同施設として各規定を適用します。ただし、当該共同住宅の居住者以外に対してもサービス提供を行うものは、その施設用途（老人ディサービスセンター等の老人福祉施設）と共同住宅の複合用途建築物として各規定を適用します。

４．確認申請書等の用途記載について

１．により判断した用途名の後ろに括弧書きでサービス付き高齢者向け住宅と記載を求めます。

記載例：共同住宅（サービス付き高齢者向け住宅）

５．完了検査について

完了検査時に、サ高住の登録を受けたことを証する書類の提出を求めます。

６．注意事項

将来、サ高住の登録の更新をやめれば、建築基準法上の用途が変更されたとみなされ、建築基準法に適合しなくなる場合があります。

報告日：

社　長　　殿

事　故　報　告　書

●報告者：　　　　　●職種：　　　　　●勤務年数：

●利用者氏名：　　　●年齢：

●発生日時：

●事故の種類：

●事故の状況（具体的に）

● 事故後の利用者の状況（受診した場合は、受診先、診断名も）

● 利用者・家族への説明内容（報告日時、報告相手も）

報告日時：　　　　　　　　　／　報告相手（利用者との関係）：

内容：

● 利用者・家族の反応

● 事故防止の対応・改善策

● 管理者の対応・指導

株式会社○○○○　（施設名：　　　　　　　）

管理者：　　　　　　　　　　印

本部確認印欄

苦 情 対 応 票 (1)

受　付　日：平成　　年　　月　　日
記　載　日：平成　　年　　月　　日

苦情相談担当者：

受付内容			担当者	
相談者名		利用者との関係	住所	
			電話	
入居者名			住所	
			電話	
苦情内容				
対応内容				
改善策				

想定される原因

株式会社　○○○○

検 食 簿

※食事内容は表面に記載		朝 食			昼 食			夕 食		
調 理 者										
検 食 者										
検食時刻		時		分	時		分	時		分
記入事項	主 食	硬い	丁度良い	柔らかい	硬い	丁度良い	柔らかい	硬い	丁度良い	柔らかい
	主菜量	多い	丁度良い	少ない	多い	丁度良い	少ない	多い	丁度良い	少ない
	主菜味付	濃い	丁度良い	薄い	濃い	丁度良い	薄い	濃い	丁度良い	薄い
	主菜盛付	丁寧	普通	雑	丁寧	普通	雑	丁寧	普通	雑
	副菜量	多い	丁度良い	少ない	多い	丁度良い	少ない	多い	丁度良い	少ない
	副菜味付	濃い	丁度良い	薄い	濃い	丁度良い	薄い	濃い	丁度良い	薄い
	副菜盛付	丁寧	普通	雑	丁寧	普通	雑	丁寧	普通	雑
感想・意見 など										

※ 1. 検食者は、朝食・夕食は夜勤者、昼食・日勤者とする。（不在の場合は、調理に携わっていない勤務者が代行する）
2. 検食時刻の目安は、朝食（8:00）・昼食（12:00）・夕食（18:00） とする。
3. 記入事項は、該当することに〇を記入する。

Ⅲ　情報入手・相談先一覧

本項は、NPO 法人シーズネットが平成 21 年度～23 年度に「安心・快適住まいるアップ事業」として札幌市から委託を受けて行った市民向け調査研究事業において、シーズネット内に設置した「札幌・住まいるアップセンター」が作成した平成２３年度業務報告書「第３章　札幌市高齢者対応共同住宅の選び方（利用者向け）　Ⅳ　情報入手方法と相談先」をもとに、一部現在の状況に合わせ加筆・修正をしております。従って、専ら札幌での相談先を記載しています。札幌以外の方はご自身で本項を参考にお調べいただき、ご自身の一覧を作成ください。

札幌市　高齢者の住まいに関する資料・情報の入手先　　１／２

入手したい情報	入手先	内容
希望する地域にどんな「サービス付き高齢者向け住宅」があるか調べたい	○サービス付き高齢者向け住宅情報システム URL http://www.satsuki-jutaku.jp/search/index.php	登録された「サービス付き高齢者向け住宅」を地域ごとに調べ、個々の住宅の「設備情報」や「費用・サービス等」についても調べられます。
「サービス付き高齢者向け住宅」について知りたい	○一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会 〒103-0001 東京都中央区小伝馬町１３－１４ 共同ビル　６階 電話：03-5645-3573　ファクス：03-5645-3585 受付時間：土日祝を除く　09:00～18:00 URL　http://kosenchin.jp/	「サービス付き高齢者向け住宅」を運営する事業者の団体で。事業者側から「サービス付き高齢者向け住宅」関連の情報発信を行っています。
札幌市内の「高齢者向け優良賃貸住宅」を調べたい	○札幌市都市局市街地整備部住宅課 電話：011-211-2807 URL http://www.city.sapporo.jp/toshi/jutaku/01osumai/korei/korei.html	収入に応じた家賃補助制度のある札幌市内の「高齢者向け優良賃貸住宅」の一覧を見ることができます。
「高齢者対応共同住宅」について知りたい	○北海道高齢向け住宅事業者連絡会 電話：011-707-4343　ファクス：011-717-6002 受付時間：土日祝を除く　09:00～17:00 URL　http://www.koujuren.com/	２０１２年　４月から発足した高齢者向け住宅事業者・運営者を中心とする団体。
自分の希望する地域にどんな「有料老人ホーム」があるか調べたい	○札幌市保健福祉局保健福祉部高齢福祉課 電話：011-211-2976 URL http://www.city.sapporo.jp/koreifukushi/shisetsu/shisetsu3.html	札幌市内の「有料老人ホーム」のリストをダウンロードできます。
	○社団法人全国有料老人ホーム協会 〒103-0001 東京都中央区小伝馬町１３－１４ 共同ビル　６階 電話：011-211-2976 URL　http://www.yurokyo.or.jp/	全国の「有料老人ホーム」の所在、サービス、費用等の概要を調べることができます。また「有料老人ホーム」に関する様々な知識を得ることができます。
	○独立行政法人福祉医療機構　WAM-NET URL　http://www.wam.go.jp/	全国の「有料老人ホーム」のほか、「軽費老人ホーム」、「養護老人ホーム」の所在を調べることができます。

札幌市　高齢者の住まいに関する資料・情報の入手先　２／２

入手したい情報	入手先	内容
札幌市内の介護保険サービス提供事業者について調べたい	○北海道介護サービス情報公表センター 社会福祉法人　北海道社会福祉協議会　福祉事業部　福祉サービス情報課 〒060-0002 札幌市中央区北２条西７丁目１番地 電話：011-218-7516（公表センター直通） ファクス： 011-271-1977 URL　http://www.kaigojoho-hokkaido.jp/index.html	北海道内の介護サービス事業者・施設がサービスの内容及び運営状況に関する情報を公表しています。
札幌市内を含む道内の福祉サービス（提供事業者）について、客観的な評価について調べたい	○北海道福祉サービス第三者表会事業推進機構 社団法人　北海道社会福祉士会　事務局 〒001-0010 札幌市北区北１０条西４丁目１番地　ＳＣビル２階 電話：011-717-6886　　ファクス： 011-717-6887 URL　http://www.hokkaido-csw.org/dai3sya-hyoka/	北海道内の福祉サービス事業者・施設のサービスの質や利用者の満足度について第三者の評価期間による評価結果を確認できます。ただし、この評価を受けるのは任意のため、評価を受けている施設数は、多くはありません。
高齢者やその家族が介護保険の利用方法等について調べたい	○札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課 電話：011-211-2547　　ファクス： 011-218-5117 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k140riyo.html	介護保険利用手続きや介護サービスの種類などをしらべることができます。
高齢期の住み替えに関わる資金計画について調べたい	○高齢期の住み替えに関わるファイナンシャルプラン（財団法人高齢者住宅財団のホームページ内） URL http://www.koujuuzai.or.jp/financialplan/q00.html	住み替え資金のシュミレーションをすることができます。対話形式で条件を入力してゆきます。色々と条件を変えてチェックすることが出来ます。「ライフプラン」、「キャッシュ・フロー表」などのキー・ワードで検索すると同様なサイトがあります。

札幌市　高齢者の住まいに関する相談先　　　　　　　　　　　　　　　１／２

こんなことを相談したい	相談先	内容
札幌市内の「高齢者対応共同住宅」や「有料老人ホーム」への住み替えの相談をしたい	○高齢者住まい相談・情報センター「あんしん住まいサッポロ」（ＮＰＯ法人シーズネットが運営） 〒006-0001 札幌市中央区北１条西２丁目９ オーク札幌ビル　１階 電話：011-210-6224　　ファクス：011-210-7722 受付時間：月～金　10:00～16:00	高齢者の住み替えに関する相談を、無料で受けています。また、シニア向け住まい情報誌も発行、販売しています。
高齢者やその家族が介護保険の利用方法等について相談したい	○札幌市内の地域包括支援センター 札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課のＨＰで市内の地域包括センターの一覧表を見ることが出来ます。 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k170houkatuyobou.html	介護保険認定に関することのほかさまざまな相談を受けています。
高齢者住宅や有料老人ホーム等に入居後の契約トラブルに関する相談をしたい	○札幌市消費者センター 札幌市市民まちづくり局市民生活部 〒060-0808 札幌市北区北８条西３丁目 札幌エルプラザ　２階 電話：011-728-2111　ファクス：011-728-2112 受付時間：月～金　09:00～16:30 URL　http://www.shohi.sl-plaza.jp/	高齢者向けの住宅を含め様々な契約や商品に関する相談を受けています。
高齢者に関連する法律相談をしたい	○高齢者・障害者支援センター「ほっと」 （札幌弁護士会法律相談センター本部 ） 電話：011-242-4166(専用ダイヤル) 受付時間：月～金　09:00～12:00, 13:00～16:00	遺言・相続、任意後見、介護福祉支援などの法律相談ができる。事前に電話予約が必要。 来館相談で４０分５０００円。 出張相談で６０分１５０００円。
法律のことで解らないことがある、または契約トラブルに関した相談をしたい	○法テラス札幌（日本司法支援センター） 〒060-0061 札幌市中央区南１条西１１丁目１ コンチネンタルビル　８階 電話：050-3383-5555 受付時間：月～金　09:00～16:00 URL　http://www.houterasu.or.jp/sapporo/	電話により事前予約が必要で３０分程度の相談を無料で受けられます。相談時間が限られているため、事前に内容がよくわかる各種資料の準備が必要です。
介護サービスに関する苦情の相談をしたい	○札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課 電話：011-211-2547　　　ファクス：　011-218-5117 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k140riyo.html	札幌市内における介護保険に関するトラブルはまず、市の介護保険課に相談してください。
	○北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護・障害者支援課　企画・苦情係 〒060-0062 札幌市中央区南２条西１４丁目 国保会館　６階 電話：011-231-5171（介護サービス苦情相談専用） 受付時間：月～金　10:00～16:00 URL　http://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/01insurant/kaigo.html	市町村にまたがる案件や市町村で取り扱いが困難な案件の相談処理をおこないます。

こんなことを相談したい	相談先	内容
認知症や寝たきりになった時に判断のサポートしてくれる体制について相談したい	○札幌市内の地域包括支援センター 札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課のＨＰで市内の地域包括センターの一覧表を見ることが出来ます。 URL　http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k100citizen/k170houkatuyobou.html	
	○社団法人成年後見センター・リーガルサポート　札幌支部 〒060-0042 札幌市中央区大通西13丁目４番地中菱ビル６階札幌司法書士会館 電話：011-280-7077 電話相談受付時間：月～金　12:00～15:00 面談相談受付時間（要予約）： 毎月第２火曜　13:00～15:00 URL　http://www.legal-support.or.jp/support/	司法書士会が運営する相談センター。
	○社団法人　北海道社会福祉士会 権利擁護センター「ぱあとなあ北海道」 〒001-0010 札幌市北区北１０条西４丁目１番地　ＳＣビル２階 電話：011-717-6886　　ファクス：011-717-6887 受付時間：月～金　09:30～16:30 URL　http://www.hokkaido-csw.org/contents/partner/index.html	社会福祉士会が運営する相談センター。
現在の住まいのリフォームについて相談したい	○ＮＰＯ法人　さっぽろ住まいのプラットフォーム 〒006-0001 札幌市中央区北１条西２丁目９ オーク札幌ビル　１階 電話：011-222-9800 受付時間：月・水・金　13:00～16:00 URL　http://www.sapporo-sumai.or.jp/	札幌市との連携のもとに行われている無料の相談事業。あらかじめ、電話による予約により４５分程度の相談を受けられる。相談員が現地で相談を受けることも可能。